TITRES

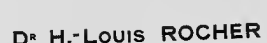
ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

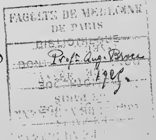
DU

Dr H.-Louis ROCHER

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
CHIRURGIEN DES HÔPITAUX







BORDEAUX
IMPRIMERIES DELMAS, CHAPON, GOUNOUILHOU
9-11, RUE GUIRAUDE, 9-11

—

1924

TITRES SCIENTIFIQUES

I. TITRES UNIVERSITAIRES.

PRÉPARATEUR D'HISTOIRE NATURELLE P. C. N. AU LABORATOIRE DU PROF. GRUVEL, CHEF DES TRAVAUX.
MONITEUR D'ACCOUCHEMENTS A LA FACULTÉ DE MÉDECINE, 1900-1901.
AIDE D'ANATOMIE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE, 1899 à 1901.
PROSECTEUR ADJOINT A LA FACULTÉ DE MÉDECINE, 1901-1902.
DOCTEUR EN MÉDECINE, 1902. Chef de Clinique Chirurgicale infantile 1902-1905 -
AGRÉGÉ (Concours de 1910 : section de Chirurgie générale) [1].
CHARGÉ DU COURS COMPLÉMENTAIRE D'ORTHOPÉDIE ADULTE (Infirmes, mutilés et accidentés). Arrêtés du 30 juillet 1921, 7 juin 1922, 24 juillet 1923.

II. TITRES HOSPITALIERS.

EXTERNE DES HÔPITAUX DE BORDEAUX, 1896 à 1898 (Professeurs DEMONS, PITRES).
INTERNE DES HÔPITAUX DE BORDEAUX, 1898 à 1902 (Drs BOUVET, ROUSSEAU-SAINT-PHILIPPE, Professeurs DEMONS et PIÉCHAUD).
CHIRURGIEN DES HÔPITAUX DE BORDEAUX, 1904.

III. SERVICES RENDUS A L'ENSEIGNEMENT.

CONFÉRENCES D'INTERNAT (1902-1903), en collaboration avec le Dr GENTES ; 1907-1908, en collaboraton avec le Dr MICHELEAU.
CONFÉRENCES DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE (1902-1903-1904) pendant notre Clinicat (Prof. PIÉCHAUD).

[1] Prorogé jusqu'au 1er novembre 1922 (arrêté du 25 septembre 1919); maintenu en exercice pour une période de trois ans, à partir du 1er novembre 1921 (arrêté du 28 octobre 1921); maintenu en exercice pour une période de trois ans, à partir du 1er novembre 1924 (arrêté du 19 juin 1924).

Enseignement de la Médecine opératoire, comme prosecteur adjoint, attaché au Laboratoire du Prof. Massé.

Conférences de Pathologie externe a la Faculté de Médecine : semestre d'hiver, de 1910 à 1914, et de 1919 à 1924.

Cours complémentaires d'Orthopédie adulte : semestre d'été, de 1921 à 1924 (Une consultation est adjointe à cet enseignement). Annexe Saint-Raphaël, le samedi, à 13 h. 30.

Cours de Vacances de Chirurgie infantile et d'Orthopédie (3e semaine d'octobre : durée six jours). Cet enseignement a été fait en 1913, et après la guerre, depuis 1920; il aura lieu pour la *sixième fois* cette année. Jusqu'ici, il a été gratuit, il a été suivi non seulement par les étudiants et les internes de la Faculté de Bordeaux, mais par des praticiens français et des médecins étrangers. Le nombre des auditeurs était en moyenne de quarante à cinquante à chaque série de cours de vacances. Ce cours est essentiellement pratique.

Suppléance de la Chaire de clinique chirurgicale infantile et d'Orthopédie du Prof. M. Denucé.

1° Service des vacances de 1910 à 1914, et de 1919 à 1924.

2° Suppléance pendant toute l'année 1923 et une partie de l'année 1924. Pendant cette période, l'enseignement clinique a été assuré d'une façon régulière (clinique au lit du malade ou à l'amphithéâtre, enseignement de la chirurgie opératoire infantile à la salle d'opération, consultation trois fois par semaine).

Suppléances des Chaires de clinique chirurgicale de l'Hôpital Saint-André et du Tondu, pendant les vacances, de 1910 à 1913, et en 1924.

Conférences de Chirurgie de guerre 1916 (Épernay) en collaboration avec le Prof. Picqué.

IV. SERVICES HOSPITALIERS.

Suppléance du Service de Chirurgie de l'Hôpital Pellegrin (Vacances 1903-1904).

Suppléance du Service de Chirurgie a l'Hôpital Saint-André (Vacances 1903-1905-1906-1907-1908-1909).

Suppléance du Service de Chirurgie infantile a l'Hôpital des Enfants (Vacances 1907-1908-1909-1910-1911).

Titulaire du Service de Chirurgie infantile (hospitalier) a l'Hôpital des Enfants, depuis 1912.

V. SOCIÉTÉS SAVANTES.

Membre de l'Association française de Chirurgie.
Membre de la Société française d'Orthopédie.
Membre de la Société de Pédiatrie de Paris.

Membre de la Société anatomo-clinique de Bordeaux.
Membre de la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux.
Membre de la Société Italienne d'Orthopédie.
Membre de la Société d'Hydrologie et de Climatologie du Sud-Ouest.
Membre de la Société de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie de Bordeaux (jusqu'à la scission avec la Pédiatrie).

VI. COLLABORATION SCIENTIFIQUE.

Membre du Comité de Rédaction de la *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, du *Paris chirurgical*, de la *Pédiatrie pratique*.

VII. TITRES MILITAIRES.

Médecin-Major de 1re classe.
Chirurgien en chef du Centre hospitalier d'Épernay, 1915-1916.
Chirurgien-Chef de Secteur : Melun, 1917; Orléans, 1917-1918.
Chirurgien consultant de la 18e Région, 1919.
Chirurgien en Chef du Centre de Chirurgie osseuse et de Pseudarthroses de la 18e Région (Bordeaux), 1919 et 1920 jusqu'au 1er mai.
Médecin Expert pour les Commissions de réforme (Nomination de la Commission consultative médicale, 16 novembre 1916).
Médecin Expert au Conseil de guerre. 5e Région.

VIII. TITRES DIVERS.

Bureau de Bienfaisance.

Médecin du Bureau de Bienfaisance (Concours 1909).
Chirurgien orthopédiste du Bureau de Bienfaisance.
Chirurgien du Dispensaire des Enfants malades des Chartrons (Consultations hebdomadaires; services quotidiens d'orthopédie, d'électrothérapie et de bains salés, organisés grâce au haut appui de M. le Prof. Rivière, médecin principal du Bureau de Bienfaisance et fonctionnant depuis quatre ans).

Éducation Physique.

Chef de Service médical de la Maison communale d'Education physique de la Ville de Bordeaux (deux consultations par mois, à 20 h. 30).
Secrétaire général du Congrès national d'Éducation physique de Bordeaux (septembre 1923).

Tribunaux.

Juge suppléant au Tribunal des Pensions.
Chirurgien expert des Tribunaux.

IX. RÉCOMPENSES.

Lauréat de la Faculté de Médecine :

1898. Concours de 3e année : 1er prix : Médaille d'argent.
1900. Concours de 4e année : Mention très honorable.
1901. Prix de la ville de Bordeaux : Médaille de vermeil.
1902. Prix Godard des Thèses : 2e prix : Médaille d'argent.

Encouragement au prix Godard (des docteurs stagiaires), 1907.

Lauréat des Hôpitaux :

Prix de l'internat : **Médaille d'or** (1901).
Prix du docteur Levieux (1902).

Lauréat (*bis* : 2e prix) **de la Société d'Anatomie et de Physiologie de Bordeaux.**

Médaille de bronze et félicitations du ministre de la Guerre pour travaux de chirurgie de guerre, 1922.

X. DISTINCTIONS HONORIFIQUES.

Officier d'Académie, 13 juillet 1912.
Officier de l'Instruction publique, 4 septembre 1920.
Chevalier de la Légion d'honneur, 28 décembre 1921. (A titre militaire.)

LISTE CHRONOLOGIQUE DES PUBLICATIONS

1899

Anomalies de l'appareil excréteur du rein. Duplicité incomplète de l'uretère gauche. Dilatation ampullaire de l'uretère droit.

Anomalie de l'artère méningée moyenne.

Quelques considérations sur la persistance du trou de Botel chez l'enfant.

Rate bilobée.

Hernie ombilicale volumineuse.

Corps étranger du péritoine.

Sur un cas de pyonéphrose compliquée d'abcès paranéphrétique.

Deux cas d'hallus valgus. Radiographie; pathogénie du pied plat avec l'hallux valgus.

Anesthésie oculaire dans le tabes.

Note pour servir à l'étude des analgésies tabétiques. Insensibilité des globes oculaires à la pression.

Gommes tuberculeuses du foie.

Gommes syphilitiques de la moelle.

Notes sur les causes de l'abaissement rythmique du larynx et de la dépression inspiratoire des espaces interosseux chez les dyspnéiques.

Un cas de cirrhose hypertrophique graisseuse d'origine tuberculeuse.

Cancer primitif et tuberculose fibreuse du poumon

1900

Muscle épitrochléo-cubital.

Contribution à l'étude du palmaire cutané chez l'homme.

Carcinome hémorragique développé sur un nævus vasculaire.

Epithélioma de la cloison du nez.

Corps étranger de l'œsophage.

Tumeur épiploïque contenue dans le sac herniaire.

Volumineux lipome du cordon spermatique.

Fibrome de l'ovaire : douleur ovarienne

Fracture du maxillaire supérieur gauche intéressant le sinus maxillaire; anesthésie dans le domaine du nerf sous-orbitaire

Luxation acromio-claviculaire droite complète avec déchirure du chef claviculaire du deltoïde.

Fracture de la rotule; rupture du ligament rotulien; appareil plâtré approprié.

Deux interventions à la cocaïne (en injection lombaire) : 1° Ostéo-arthrite suppurée du pied; 2° déchirure de la vessie par fracture du bassin.

Plaie pénétrante de l'abdomen par arme à feu.

Un cas de polydactylie; pouce surnuméraire gauche avec son métacarpien.

Artérite coronarienne droite; angine de poitrine; mort.

1901

Note sur certains ganglions lymphatiques du testicule.

Gangrène des orteils; amputation transmétatarsienne; sphacèle des lambeaux; amputation de Chopart; guérison.

Kyste dermoïde de la région mammaire.

De quelques erreurs dans le diagnostic des hernies.

Déchirure traumatique du foie. Laparotomie; tamponnement; mort quarante-huit heures après l'accident.

Fracture de l'omoplate par coup de pied de cheval et fracture ancienne de la clavicule non consolidée.

Arthrite déformante de la hanche et du genou.

Fracture du tiers inférieur du tibia et du col du péroné; lésion du nerf sciatique poplité externe.

Diastasis de l'articulation du genou gauche par rupture traumatique du ligament latéral interne.

Varices volumineuses du membre inférieur.

Sur un cas de myélo-méningocèle du type Recklinghausen.

Prolapsus urétral.

Décollement épiphysaire de la tête du fémur.

Autopsie d'un fœtus hydrocéphale. Pied bot, mains botes.

1902

Amputation haute dans la gangrène par artérite chronique.

Fractures du carpe (étude anatomo-pathologique).

Fracture du scaphoïde.

Dissection d'une articulation radio-carpienne ayant subi une résection atypique.

Luxation complète de l'astragale gauche; astragalectomie.

Un cas d'hallux recurvatum.

Un cas d'encéphalome.

Fibro-lipome de l'oreille.

A propos du kyste dermoïde médian thyro-hyoïdien.

Kystes médians congénitaux du cou.

Mal perforant plantaire chez un enfant; spina bifida lombo-sacré.

Emphysème de la paroi abdominale dans un cas de plaie pénétrante.

Péritonite tuberculeuse. Injection de naphtol camphré. Crise d'épilepsie.

Imperforetion ano-reotala. Intervention; guérison.
Parelysie infentile du membre supérieur gauohe chez un enfant de deux mois.
Angiome caverneux de la faoe doreale du poignet.

1903

Etude anatomique d'un ectroméiien double
Disposition anormale de l'insertion du mésentére.
Rates surnuméraires chez l'enfant.
Musoie digastrique oocipito-faoisl.
Méningoeéle cranienne située au niveau de la fontanelle de Gerdy et fissure pelatine.
Beo-de-lièvre oomplexe bilatéral aveo saillie prononcée de l'os incieif; quelques considérations embryologiques sur le pethogénie du bec-de-lièvre.
Fissure paletine. Staphylorraphie. Guérison.
Angiome médian de la langue en avant du V linguel.
Considérations cliniques sur plusieurs oes de spina bifida.
Spine bifida doreal avec néoplasme médullaire.
Angiome de le région mammsire chez une fillette d'un an et demi.
Laperocéle et hernie lombeire congénitales.
Volumineux papillome anel chez un enfant de treize ans.
Phlegmon périnéphrétique à contenu gazeux, développé chez un enfant de treize ans.
Cystotomie sus-pubienne ohez une enfant de cinq ens et demi; extraction d'une épingle à oheveux.
Tuberculose épididymsire chez l'enfant.
Hypertrophie oompensatrice du testioule sain; symptôme de l'ectopie haute.
Fraoture eus-malléolaire ohez un enfant de dix-huit mois; ostéotomies ounéiforme du tibia et linéaire du péroné; redressement oompiet.
Ostéomyélite du nouveau-né.
Ostéomyélite etténuée de l'extrémité inférieure du tibie; intervention; guérison.
Luxetion congénitale de la hanche. Réopérstion après un premier insuccés, Réduotion oomplète par ia méthode de Lorenz.
Contribution à l'étude d'une forme spéciale de brechydaotylie.
Subluxation de le olevioule chez un enfant.
Paralyeie infantiie à type soapulo-huméral.
Malformatione congénitales multiplee : 1° Luxation en arriére des deux radius; 2° Subluxation oongénitale dee deux hanohes; 3° Pied plat talus valgus; 4° Hallux valgus.
Gangrène disséminée de la peau à forme térébrante.

1904

Etude et disseotion enatomique de deux pieds bots verus.
Réseotion de 41 centimétres de eephéne interne pour ulcérée variqueux de le jembe. Cicatrisation repide de oeux-ci.

Cysto-sarcome du masséter. Considérations cliniques sur les tumeurs de ce muscle et sur les sarcomes musculaires en général chez l'enfant.

Résection du maxillaire supérieur dans un cas de sarcome.

Traitement de l'abcès froid rétropharyngien par la voie cervico-latérale.

Lymphangiomes kystiques des régions parotidienne et frontale externe gauches.

Spina bifida sacré.

A propos d'un cas de tuberculose de l'œsophage.

Kyste dermoïde du prépuce.

Calcul vésical chez un enfant.

Ostéomyélite aiguë du col du fémur; interventions; guérison.

Luxation congénitale de la hanche.

A propos de la pseudo-tumeur blanche dans l'hérédo-syphilis tardive.

Polydactylie et syndactylie.

Tuberculose du scaphoïde tarsien : scaphoïdectomie; guérison.

Pied bot valgus paralytique. Anastomose du jambier antérieur et de l'extenseur propre du gros orteil.

Déformations très accentuées des membres inférieurs.

Anomalie congénitale du rire.

1905

Grenouillette sublinguale chez un nouveau-né.

A propos du kyste salivaire parotidien.

Bronchoscopie supérieure pour l'extraction d'un noyau de prune de la bronche droite.

Kyste dermoïde médian présternal. Lymphangiome kystique présternal.

Appendicite pelvienne suppurée. Péritonite généralisée. Grand abcès du lobe hépatique droit. Opérations multiples : incision par la voie abdominale du foyer pelvien et drainage; évacuation, après laparotomie, du foyer hépatique. Incident postopératoire : corps étranger du foie (fragment de l'aiguille à ponction); hépatotomie. Guérison.

Appendicite pelvienne infantile.

1° Tuberculose vésicale chez une jeune fille de quatorze ans; 2° Cystite tuberculeuse survenue au décours d'une tumeur blanche du genou.

Luxation congénitale de la hanche droite; réduction par la méthode non sanglante; guérison.

Luxation congénitale de la rotule.

1906

Anomalie bilatérale du biceps brachial; chef huméral du biceps.

Cancer massif de l'estomac; jéjunostomie.

Hernie étranglée du côlon transverse et de tout l'épiploon. Appendice géant.

Arrachement de l'index et du médius et de leur tendon fléchisseur profond correspondant.

Ulcère variqueux malléolaire interne. Résection totale de la saphène interne et d'une partie de ses collatérales.

Angiome caverneux encapsulé développé dans le muscle orbiculaire des paupières.

Anastomose spino-faciale pour paralysie faciale droite datant de dix ans.

Abcès froid thoracique ayant pour origine une adénite mammaire interne consécutive à une bacillose pleuro-pulmonaire; scoliose pleurétique. Considérations sur son mécanisme pathogénique.

Tuberculose thoracique d'origine pleurale à marche envahissante chez un enfant de quatorze ans.

De l'appendicite infantile à forme pelvienne et ilio-pelvienne.

Drainage transépiploïque ou marsupialisation épiploïque d'une collection appendiculaire profonde.

Varicocèle infantile.

Torsion congénitale de la verge accompagnée d'autres malformations des organes génitaux : valvule urétrale, atrophie du testicule droit.

Disposition anormale et rare d'un canal vagino-péritonéal; hydrocèle secondaire incluse dans un sac herniaire.

Épingle retirée de l'urètre d'un enfant de huit ans par l'urétrotomie externe.

Considérations sur le traitement chirurgical de l'ectopie inguinale. Nouvelle technique opératoire basée sur l'extension élastique du testicule, la funicu-de dix-sept mois.

A propos du traitement chirurgical de l'ectopie testiculaire chez l'enfant.

Ostéomyélite aiguë du pubis.

Ostéomyélite traumatique bipolaire de l'humérus à évolution atypique; intervention; guérison.

A propos d'un cas d'ostéomyélite aiguë streptococcique à foyers multiples

La pathologie de la hanche luxée de naissance. Etude de la luxation congénitale atteinte d'ostéo-arthrite tuberculeuse.

Deux cas de hanche à ressort.

Subluxation de la hanche consécutive à une fracture du sourcil cotyloïdien chez un enfant de treize ans. Considérations diagnostiques : subluxation congénitale ou traumatique.

Un cas complexe de syndactylie totale s'accompagnant de retard dans le développement du membre supérieur.

Intervention pour syndactylie totale. Libération du pouce.

Main bote gauche radio-palmaire avec lésions atrophiques de tout le membre.

Tuberculoses osseuses multiples chez un bébé de seize mois, unguis, frontal, maxillaire inférieur, spina ventosa; guérison.

A propos de deux cas de botryomycose chez l'enfant.

Lymphadénome généralisé à marche rapide, ayant débuté probablement par l'amygdale pharyngienne.

1907

Un cas de gynécomastie primitive à bascule.

Obstruction intestinale due à une coudure du côlon ilio-pelvien occasionnée par l'étranglement au niveau de l'anneau crural de deux volumineuses franges épiploïques du côlon.

1908

Goitre calcifié.

Méthode de Bier et tuberculose épididymaire.

La stase veineuse (méthode de Bier) et la tuberculose testiculaire.

Plaie transversale de la paume de la main, section de sept tendons fléchisseurs; suture; résultat fonctionnel parfait.

Section au poignet des tendons fléchisseurs superficiels et profonde des quatre derniers doigts; section du nerf médian, sutures; guérison; résultat fonctionnel parfait.

Kystes dermoïdes paracoccygiens.

Disposition particulière d'un sac hernaire (hernie inguinale congénitale).

Un nouveau procédé de suture intertendineuse : suture autogène.

Un cas de botryomycose du cuir chevelu (région temporale gauche).

La thermothérapie localisée (méthode de Bier) dans les douleurs de croissance rebelles.

1909

Remarques anatomiques sur le grand trochanter et le muscle grand fessier, à propos de la pathogénie de la hanche à ressort.

Fibrome cervical sus-vaginal à développement pelvien et annexite double; hystérectomie abdominale subtotale; guérison.

Luxation antérieure de la colonne vertébrale au niveau de la sixième vertèbre cervicale; écrasement de la moelle, hématomyélie.

Fracture de la colonne vertébrale. Spondylite dorsale traumatique.

Sarcome de la colonne vertébrale chez un bébé de treize mois; extirpation; guérison.

Kystes dermoïdes de la région sternale; à propos de leur pathogénie.

Epi de graminée inclus dans un abcès de la grande lèvre gauche chez un bébé de dix-sept mois.

Dysplasie ostéogénique d'origine tuberculeuse.

Vaste angiome caverneux de la face interne de la jambe gauche et varices congénitales du système saphénien interne.

Volumineux corps étranger ayant séjourné quatre mois dans le rhino-pharynx d'un enfant de deux ans et demi.

Considérations sur la tuberculose inflammatoire : mal de Pott lombaire, rhumatisme tuberculeux, genu valgum.

Sur un cas d'alcaptonurie chez une enfant de trois ans.

1910-1911

Un nouvel appareil thermothérapique (Dispositif permettant de chauffer les différents segments des membres et plusieurs malades à la fois)

Le traitement actuel des fractures fermées.

A propos de quatre cas d'ostéosynthèse (procédé de Lambotte) pour fractures diaphysaires

Exostoses ostéogéniques familiales.

Epanchement traumatique de sérosité accompagnant une fracture de la voûte crânienne.

Céphalhydrocèle traumatique frontale gauche.

Ostéomyélite chronique de l'humérus. Trépanation. Plombage au Mosetig-Moorof. Guérison rapide.

Kyste thyréoïdien parmédian à structure complexe (pharyngo-salivaire et chondro-thyroïdienne).

Torsion congénitale du pénis; étude anatomo-clinique et pathogénique.

Amputation congénitale incomplète du bras gauche produite par le cordon d'un fœtus frère dans un cas de grossesse quadruple.

Carie sèche de l'épaule chez un enfant de neuf ans. Résection atypique, plombage au mélange de Mosetig-Moorof. Guérison rapide.

Deux cas de décollement traumatique de l'épitrochlée.

Sur un cas de pouce surnuméraire.

Luxation métacarpo-phalangienne de l'index gauche en avant.

Hernie musculaire du premier radial du côté droit.

Polydactylie symétrique.

La hanche à ressort.

A propos de deux cas de fracture du col du fémur chez des adolescents (coxa vara traumatique).

Fracture des deux extrémités tibiales.

Un cas de double genou à ressort congénital.

Pied bot varus équin traumatique consécutif à une luxation du pied par rotation. Fracture du scaphoïde carpien.

Myélo-méningocèle lombo-sacrée atypique.

Lymphangiome kystique du scrotum.

La thermothérapie localisée (bains d'air chaud) dans les affections des membres, particulièrement en chirurgie.

Sur un cas de calcification étendue des chaînes ganglionnaires.

Sur un cas de déchirure isolée du mésentère par contusion de l'abdomen.

Volumineux prolapsus ano-recto-sigmoïdien chez un nourrisson de quatre mois. Cerclage de l'anus suivant la méthode de Thiersch. Anomalies de disposition et d'accolement du côlon ascendant et de son méso.

A propos d'un cas de hernie crurale chez un enfant de dix ans. Fréquence et pathogénie de la hernie crurale.

Corps étranger de l'œsophage.

Hernie iléo-cæcale inguinale gauche chez un nourrisson.

1912

Pronation congénitale par dysplasie articulaire radio-cubitale. Considérations sur les raideurs congénitales.

Pronation congénitale par dysplasie articulaire radio-cubitale supérieure et malformation de l'extrémité supérieure du radius : synostose radio-cubitale supérieure.

Hémo-lymphangiome de la région cervicale gauche.

Hypertrophie congénitale de l'avant-pied droit. Clinodactylie du premier orteil. Syndactylie des deuxième et troisième orteils. Bifidité du troisième orteil.

Fracture parcellaire de la grosse tubérosité de l'humérus droit. Importance de la radiographie dans l'appréciation des troubles fonctionnels au cours de la convalescence des traumatismes articulaires.

Le signe de la clef dans la coxalgie au début.

A propos d'un abcès du foie consécutif à une crise d'appendicite.

Coxa vara double traumatique, forme trochantérienne; coxa vara droite cervicale d'origine infectieuse (scarlatine); coxa vara congénitale droite.

Fracture simultanée des deux cols fémoraux. Coxa vara trochantérienne double. Redressement non sanglant. Restitution ad *integrum* pour la hanche droite. Coxa vara à 90 degrés à gauche, compliquée secondairement de coxa vara cervicale.

1913

Torticolis congénital chez un bébé de quatorze mois : ténotomie des deux chefs à ciel ouvert.

Lymphangiome kystique du cou.

A propos d'un cas de fracture du poignet gauche.

Pyosepticémie staphylococcique consécutive à une ostéomyélite bipolaire du tibia.

Palmature de la verge.

Fracture de l'olécrane gauche; absence de consolidation; hémicerclage.

Actinomycose thoracique chez un garçon de douze ans.

Malformations multiples.

Méningo-encéphalocèle occipitale traitée par les ponctions répétées et la compression continue.

Trois cas de méningocèle traumatique.

Raideurs articulaires congénitales multiples.

Tuberculose rénale chez l'enfant. Cathétérisme à vision directe.

Les kystes congénitaux de la région sternale.

Trois cas de subluxations méniscales internes de l'articulation du genou.

Extraction d'un corps étranger des voies respiratoires.

A propos de la méthode d'Abbott dans le traitement des scolioses.

Désinsertion traumatique du tendon inférieur du biceps brachial.

Amputations et sillons congénitaux.

Désarticulation médio-tarsienne chez un bébé de quatorze mois pour hypertrophie congénitale de l'avant-pied droit.

Le traitement chirurgical de l'ectopie testiculaire inguinale. L'orchidopexie crurale.

Sur un cas d'épispadias pénopubien.

Hémiatrophie faciale congénitale avec malformation de l'oreille et hypoplasie du muscle sterno-cléidomastoïdien.

1914

Anesthésie chirurgicale à la novocaïne chez les enfants.

Spina bifida lombo-sacré. Raideur articulaire congénitale des deux genoux en extension, Pied bot varus équin double. Malformation de l'anus.

Omoplate scaphoïde dans un cas de paralysie infantile du membre supérieur droit.

Fracture à la partie moyenne du cubitus, avec luxation de la tête radiale chez un bébé de vingt-huit mois.

Résultat opératoire (dix ans) d'une astragalectomie pour tumeur blanche tibio-tarsienne fistulisée.

Absence congénitale du péroné gauche.

Angiome caverneux profond de la région parotidienne gauche.

1915

La chirurgie orthopédique et les blessés de guerre.

Pendant la période de guerre, j'ai eu l'occasion de faire un certain nombre de publications (cas cliniques, résultats opératoires, travaux sur certaines questions de chirurgie du cerveau et des membres), soit à la Réunion médicale de la Vᵉ Armée, soit au Groupement médico-chirurgical de la Vᵉ Région (Orléans).

Un certain nombre de ces travaux ont été publiés dans les revues et les journaux, pendant et après la guerre. D'autres ont été les points de départ de thèses sur la chirurgie osseuse et vasculaire (Ayguesparse, Train, Cacavelli, Allègre, Guyot, Labuzan, Sauvaître).

Quelques communications ont été publiées exclusivement dans le *Bulletin du Groupement médico-chirurgical de la Vᵉ Région.*

1916

L'extraction magnétique des projectiles intracérébraux. Recherches expérimentales. Quatre observations (deux mémoires).

Angine phlegmoneuse rétrolinguale. Phlegmon septique subhyoïdien.

Quelques points de technique opératoire dans les plaies du crâne.

Les excisions musculaires larges dans les plaies des parties molles.

Volumineux hématome extraduremérien exclusivement frontal sans symptômes de localisation.

Enfoncement du temporal par coup de pied de cheval et fracture transversale de la base (fracture longitudinale des deux rochers).

Extraction d'une balle située dans le pôle inférieur du rein gauche après localisation par le procédé de Zimmern.

Résultats opératoires et fonctionnels dans dix-sept résections de grandes articulations.

Cyphoscoliose lombaire due à une fracture par tassement du deuxième corps lombaire. Redressement par corset plâtré. Guérison.

Ostéome des aviateurs.

Trois cas de chirurgie abdominale.

Résultats de quatre interventions pour anévrysmes artério-veineux des membres.

Electrovibreur de Bergonié.

1917

Cranioplasties par greffon tibial.

Anévrysme de la carotide interne gauche. Extirpation de l'anévrysme avec résection des carotides et de la jugulaire interne. Guérison.

Fistule broncho-cutanée suite de plaie pulmonaire et de large résection costale.

Eclat d'obus intrapulmonaire profond extrait sous contrôle de l'écran

Schrapnell pulmonaire extrait par la méthode de Petit de la Villéon. Eclat d'obus pulmonaire au sein d'un abcès : extraction par l'électro-aimant.

Neuf observations de plaies artérielles des membres.

Deux fistules artério-veineuses fémorale et poplitée traitées par la résection et la quadruple ligature

Traitement des ostéomyélites de guerre.

Sur neuf cas de périostéomes traumatiques.

Côtes supplémentaires.

Surélévation congénitale des deux omoplates

Les attitudes vicieuses du pied consécutives aux blessures de guerre du membre inférieur.

L'élongation nerveuse tronculaire combinée à la résection terminale des nerfs sensitifs dans un cas de causalgie du médian et dans un cas de névrite douloureux des pieds par gelure.

Deux cas de corps étrangers articulaires du genou extraits sous anesthésie cocaïnique locale.

Un cas de rupture du rein gauche et de la rate.

La stérilisation par le formol en chirurgie de guerre.

1917-1918

A propos d'un cas d'actinomycose parotidienne primitive.

Luxation habituelle unilatérale droite de la mâchoire inférieure.

A propos de la technique de la cranioplastie par greffon. Ostéo-périostique tibial. Présentation de deux opérés.

Balle de schrapnell située à la partie inférieure du médiastin postérieur. Extraction sous anesthésie locale cocaïnique à 1/300e.

Balle intrapulmonaire droite située contre l'oreillette droite. Extraction d'après la technique de Petit de la Villéon; anesthésie locale cocaïnique.

Volumineux éclat d'obus de la base du poumon droit. Extraction sous anesthésie locale cocaïnique.

Schrapnell intrapulmonaire juxta-cardiaque. Névralgie phrénique; extraction d'après la technique de Petit de la Villéon, sous anesthésie locale cocaïnique.

A propos des plaies du poumon. La névralgie phrénique.

Un cas de hanche à ressort articulaire

Hanche à ressort extra-articulaire d'origine traumatique : lésion du muscle tenseur du facia lata.

Périostéome fémoral. Rupture de la rate (présentation de pièces).

Bursite bacillaire péritrochantérienne. Excision. Guérison.

Suspension gléno-humérale dans un cas d'épaule ballante.

Anévrysme artério-veineux poplité. Résection et quadruple ligature.

Deux cas de pseudarthroses humérales.

Synovite à grains riziformes ayant déterminé la rupture du tendon fléchisseur superficiel de l'annulaire.

Synovite à grains riziformes des gaines des fléchisseurs de la main.

L'opération de Leriche dans un cas de causalgie du médian avec troubles physiopathiques.

Troubles trophiques de la main. Opération de Leriche : quatre nouveaux cas.

A propos d'un cas de lymphangiome kystique des deux cuisses.

L'anesthésie locale dans la chirurgie des nerfs.

Le thoraco-support (présentation d'appareil).

L'anesthésie cocaïnique en chirurgie de guerre (statistique).

L'hyperémie veineuse active l'oblitération et la cicatrisation des cavités d'évidement ostéomyélitiques.

Plaies atones d'origine syphilitique et médicamenteuse.

A propos d'un cas de luxation congénitale postérieure de l'épaule droite associée à l'élévation congénitale de l'omoplate.

1919-1920

Réflexions à propos de deux cas d'ectopie testiculaire.

Cure radicale et orchidopexie crurale.

Diverculite et occlusion intestinale.

Extraction de projectiles pulmonaires et médiastinal postérieur.

Extraction magnétique des projectiles intracérébraux

A propos de deux nouveaux cas de scapulalgie traitées par résection de l'extrémité supérieure de l'humérus et synovectomie; guérison.

Omoplate scaphoïde dans un cas de paralysie infantile du membre supérieur droit.

A propos des traumatismes fermés du poignet. Luxation trapézoïdo-scaphoïdienne : scaphoïdectomie.

Main bote palmaire par rétraction musculaire tendineuse. Allongement des tendons long supinateur, grand et petit palmairs, cubital antérieur. Résultat orthopédique excellent.

Le signe du tiroir dans l'entorse des ligaments croisés du genou; sa valeur diagnostique.

Anesthésie chirurgicale à la novocaïne chez les enfants.

La rachianesthésie en chirurgie de guerre.

Exostoses ostéogéniques multiples.

XVIII[e] Congrès de chirurgie (impressions et souvenirs).

Tétanos généralisé guéri par sérothérapie intensive.

Sept observations de tétanos tardif. Six guérisons, une mort.

Raideurs congénitales multiples des membres supérieurs et inférieurs

L'aspiration continue en chirurgie.

Intervention sanglante et suture primitive dans les « spina ventosa ».

L'anesthésie locale cocaïne à 1/300 chez l'enfant.

Malformation congénitale de l'oreille externe.

Enfoncement de la région fronto-pariétale gauche. Issue de bouillie cérébrale entre les fissures de la boîte cranienne. Esquillectomie. Détersion de la plaie méningo-cérébrale. Réunion per *primam*.

L'extraction magnétique des projectiles intracérébraux.

Volumineuse méningo-encéphalocèle fronto-faciale médiane.

Deux cas d'enfoncement cranien obstétrical. Redressement sanglant.

Scoliose oongénitale dorsale supérieure droite. Surélévetion oongénitale de l'omoplste gauohe.

Mel de Pott dorso-lombeire. Greffe d'Albee.

Soepulatum alatum perelytique. Fixation du scapulum su thorax.

Mal de Pott dorso-lombeire. Greffe d'Albée.

Hémiréseotion humérele et interposition libre d'eponévrose de fesoie lata pour snkylose reotiligne du ooude gauche (d'origne treumatique).

Pseudarthrose de l'humérue gauche eu-dessous du tiers supérieur. Ostéosynthèse de Lambotte. Guérison.

Pseudarthrose lâohe du radius. Greffons ostéo-périoetiques tibiaux. Guérison.

Pseudarthrose lâche du radius à l'union des tiers moyen et supérieur. Suture à distance par anse métallique et greffons ostéo-périostiques. Guérison.

Attitude vioieuse en flexion du coude par veste cicatrice outanéo-musculaire. Greffe italienne abdominale. Restitution sd *integrum* des fonctions de l'articulation

Luxetion postérieure du coude encienne. Hémiréseotion humérale. Interposition eponévrotique libre de fascis lata (opération de Putti).

Décollement des épiphysee inférieures du rediue et du oubitus avec fracture de oes deux os à 6 oentimètree au-dessus.

Pseudarthrose du fémur. Transplent libre du péroné oombiné à deux greffons ostéo-périostiques Delagenière. Consolidation.

Fraoture obstétrioele du fémur. Appareil à extension oontinue. Guérison.

Les plaies artiouleires de la hanche

Treitement de l'hydarthrose chronique par la ponction et le bressage à l'éther.

Sillon oongénital eus-melléolaire et amputations congénitelee multiples.

Pseuderthrose lâche du tibie. Greffes ostéo-périostiques. Guérison

Pied-bot verus équin congénital droit, énorme déformetion. Tersectomie à la Luoes-Chempionnière. Guérison.

Extreotion de projectile pulmonaire et médiestinal postérieur.

Appendioite et volumineuse invagination chronique iléo-cæosle, Désinveginetion, eppendioeotomie, iléo-cæcopexie. Guérison.

Hernie ombilicale embryonnaire oontenant la presque-totalité du foie.

Volumineuse hernie ombilicale.

Greffe libre aponévrotique de fascia lata pour reconstitution de la peroi abdominale dans un cas d'éventration.

Communication interurétro-rectale oongénitale.

Anus vulvaire. Biffidité du col utérin avec oloisonnement du vagin.

Deux cas de gynéoomastie.

Angiome memmaire geuche. Amputation du sein.

1920-1921

Le traitement des brûlures étendues chez l'enfant.

De la néoessité du oontrôle redioscopique dens les frecturee épiphysaires.

Malformations multiples dues à des brides amniotiques.

Ostéomyélite treumatique et accident du traveil. Considération à propos d'une ostéomyélite bipolaire du radius.

Séquelle du type myorythmique chez un enfant atteint d'encéphalomyélite épidémique.

Autoplastie d'appui pour incontinence d'urine.

Anesthésie locale et régionale en chirurgie dermatologique infantile

Anesthésie locale en chirurgie chez les enfants et les adolescents.

Rachianesthésie chez l'enfant et l'adolescent.

Synostose congénitale radio-cubitale supérieure double.

Céphalhydrocèle traumatique fronto-pariétale droite.

Extraction tardive des corps étrangers cérébraux (présentation de trois opérés).

Urano-staphylorraphie pour fissure vélo-palatine totale chez un sujet de vingt-neuf ans.

Enfoncement traumatique du pariétal gauche chez un nourrisson de neuf mois.

Cranioplasties et épilepsies traumatiques.

Cypho-scoliose grave traitée par la méthode d'Abbott.

Myélo-méningocèle lombo-sacrée. Pieds bots varus équin. Luxations congénitales doubles de la hanche.

Section traumatique du paquet vasculo-nerveux huméral.

Coup de feu de l'avant-bras gauche. Fracture du cubitus avec phlegmon gazeux.

Esquillectomie, suture secondaire, autoplastie, méthode italienne. Guérison. Consolidation.

Greffe italienne en portefeuille pour réfection des téguments palmaires de deux doigts.

Deux observations de greffe italienne pour cicatrice vicieuse du coude.

Des cals vicieux dans les fractures obstétricales du fémur.

Résultat éloigné du traitement des fractures obstétricales du fémur par notre appareillage.

Deux cas d'atrophie congénitale du membre inférieur : 1° avec incurvation en crosse du fémur, pouvant être attribuée à une fracture intra-utérine; 2° sans incurvation.

Etude expérimentale de la pathogénie du signe du tiroir (lésions des ligaments croisés).

Appareillage spécial pour fracture du fémur chez le nouveau-né.

Lymphangioplastie à la « Walther » pour œdème éléphantiatique du membre inférieur.

Absence congénitale totale du péroné gauche.

Syndrome de Volkmann ou myosite cicatricielle (pied bot équin consécutif à un appareil plâtré pour fracture du fémur, cuisse gauche).

Résultat éloigné d'astragalectomie pour tumeur blanche tibio-tarsienne.

Ankyloses du genou.

Prolapsus volumineux de l'intestin grêle consécutif à une perforation traumatique du cul-de-sac vaginal postérieur.

Appendicite gangréneuse pelvienne et grossesse. Colpotomie. Guérison.

L'antenne marine des hôpitaux de Bordeaux. Hôpital de cure (enfants et adultes) pour lésions chirurgicales

1921-1922

De la nécessité du contrôle radioscopique opératoire et de l'urgence de l'organisation de services radiographiques hospitaliers.

Résultat éloigné d'une cranioplastie par greffon ostéopériostique tibial.

Scalp incomplet du cuir chevelu. Excision de la vaste cicatrice : autoplastie par glissement.

Dépression cicatricielle après esquilleotomie de la région orbito-frontale externe. Autoplastie par greffe ostéopériostique.

Autoplastie faciale par greffe pédiculée cervicale.

A quel âge opérer le bec-de-lièvre ?

Enfoncement cranien chez un nourrisson de onze mois. Trépanation, redressement, guérison.

Fracture du crâne chez un nourrisson.

Constriction permanente consécutive à une actinomycose temporo-faciale.

Vaste décollement traumatique du cuir chevelu (scalp incomplet).

Réflexions à propos de trois nouveaux cas de cranioplastie. Résultats éloignés post-opératoires d'une série de quarante-trois cranioplasties (technique Delagenière).

Myélo-méningocèle lombo-sacrée. Opération et fermeture de la brèche rachidienne par autoplastie musculo-aponévrotique.

Pseudarthrose intradeltoïdienne. Ostéosynthèse par plaque de Lane et lames de Parham.

Appareillage spécial pour fracture obstétricale de l'humérus

Réinsertion du tendon extenseur du médius sur la phalangine.

Section du cubital au coude. Suture tardive et transposition nerveuse antérieure. Greffe aponévrotique libre pour réfection du tendon du triceps.

Fracture articulaire du sommet de l'olécrane, hémi-cerclage. Guérison.

Fracture de la jambe. Ostéosynthèse par plaque de Lambotte et cerclage avec lame de Parham.

Actinomycose de la cuisse gauche consécutive à une fracture ouverte et simulant une ostéomyélite chronique.

Ostéomyélite de la hanche.

Le traitement des fractures obstétricales du fémur (appareillage portatif à extension verticale).

Triple arthrodèse pour pied ballant paralytique. Résultat de huit ans.

Ostéite bacillaire fistulisée du calcanéum. Evidement. Greffe musculo-adipeuse pédiculée. Guérison.

Les récidives de pied-bot varus équin.

Résultat éloigné d'une ténotomie pour pied bot congénital.

Torsion congénitale du pénis chez un enfant de quinze mois.

Orchidopexie crurale dans l'ectopie testiculaire inguinale.

Hôpital marin du Sud-Ouest.

Hernie congénitale du poumon droit.

Angiome caverneux de la joue.

Fracture de la cinquième vertèbre lombaire et luxation centrale du fémur.

Un cas intéressant de hernie étranglée du nouveau-né (hématome pariétal enkysté faisant obstruction après kélotomie).

Plusieurs cas d'interventions sanglantes pour tuberculose du tarse postérieur

Pointe épiphysaires complémentaires trochantériens.

Amputation congénitale de l'avant-bras au tiers supérieur.

A propos des indications des interventions chirurgicales en nature de tuberculose osseuse et articulaire chez l'enfant.

Angiome caverneux de la joue.

Triple arthrodèse pour pied-bot paralytique. Evidement d'un spina ventosa du cinquième métacarpien.

Pied bot varus équin récidivé. Ténotomie et modelage du pied. Résultat parfait.

Résultat éloigné d'une ténotomie pour pied-bot congénital.

Carie sèche de l'épaule. Résection atypique, plombage au mélange de Mesetig Morof. Résultat éloigné de dix ans.

Décollement épiphysaire inférieur du radius avec fracture du tiers inférieur de la diaphyse cubitale.

Kyste hydatique du foie (lobe gauche) chez un enfant de sept ans. Extirpation du kyste .Suture hépatique et réduction sans drainage,

Prolapsus traumatique de la partie inférieure de l'intestin grêle après perforation du cul-de-sac vaginal postérieur chez un enfant de six ans.

Décollement de l'épiphyse inférieure du radius droit et fracture du tiers inférieur du cubitus droit.

De la conduite à tenir dans les enfoncements craniens du nouveau-né.

A propos d'un cas de fracture partielle (tubercule interne) de l'épine tibiale.

Kyste médian hyoïdien à structure atypique développé aux dépens du canal thyréoglosse.

A propos d'un cas de luxation pelvienne transcotyloïdienne (luxation centrale de la tête fémorale).

Le brassage à l'éther dans les hydrarthroses chroniques du genou.

1922-1923

Le traitement des brûlures étendues à l'air libre et sans pansement.

L'anesthésie locale à la cocaïne à 1/300 et la rachianesthésie à la novocaïne chez l'enfant et l'adolescent.

Paralysie partielle bilatérale des muscles abdominaux et scoliose paralytique.

Cranioplastie et épilepsie.

Mal de Pott lombaire avec vaste abcès crural postérieur. Opération d'Albée.

Enfoncement cranien obstétrical de la région frontale droite.

Urano-staphylorraphie chez deux enfants de un et treize ans, par le procédé Bazesu-Langenbeck-Trélat.

Dent de sagesse incluse dans l'angle de la mâchoire. Extraction par voie externe.

Ostéomyélite des maxillaires chez l'enfant et l'adolescent (cinq observations)

Pseudohydronéphrose traumatique chez un garçon de treize ans.

1° Fracture du cubitus et luxation radio-cubitale supérieure en arrière; 2° fracture cunéenne externe du radius et luxation du semi-lunaire. Résultat fonctionnel parfait.

A propos de quatre cas de fracture du condyle externe huméral. Reposition ou extirpation

Ostéomyélite aiguë de la hanche et de la branche ischio-pubienne du côté droit chez une fillette de dix ans. Guérison

Luxation pelvienne transcotyloïdienne. Luxation centrale de la tête fémorale

Absence congénitale du péroné, subluxation du genou, aplasie du fémur, coxa vara congénitale.

Corps étrangers multiples du genou en rapport avec une synovite chondrifiante.

Greffe libre de fascia lata dans la cure des éventrations postopératoires.

Inversion subtotale de la vessie chez un bébé d'un mois.

Prolapsus muqueux et tumeur du méat urinaire chez un nourrisson de deux mois.

Hydronéphrose congénitale gauche reconnue au cours de troubles gastro-intestinaux infectieux chez un enfant de neuf ans. Néphrostomie primitive. Néphrectomie secondaire.

Lymphosarcomatose de l'amygdale, du corps thyroïde et des testicules.

La maison communale d'éducation physique.

Le dispensaire des enfants malades des Chartrons et la pratique de l'éducation physique chez les enfants des écoles du quartier nord de Bordeaux.

1923-1924

Cypho-scoliose lombaire congénitale.

Considérations sur le tétanos chez l'enfant.

Volumineux angiome caverneux de la face postérieure du coude.

Myosite scléreuse ischémique du mollet, insuffisance artérielle et troubles névritiques consécutifs à une striction par corde, pour piqûre de vipère.

Fracture ancienne du condyle externe de l'humérus droit avec énucléation, sans trouble fonctionnel.

Hypoplasie de l'urètre pénien réduit à un tube épithélial.

Mutilation des deux mains par brides amniotiques.

Evidement sous-cutané des os du tarse, pour pied bot varus équin congénital récidivé.

Sur un cas de mal épileptique avec hémiplégie survenue après une rachianesthésie.

Examen du liquide d'une grenouillette congénitale par oblitération du canal de Wharton.

Scoliose congénitale dorsale supérieure.

Greffe à renversements successifs pour cure autoplastique d'une cicatrice vicieuse de la main par brûlure.

Quand et comment opérer les hernies inguinales chez les nourrissons.

Fracture du col radial avec énucléation et bascule de 90° de la tête radiale.

Fissure vélopalatine. Opération de Baizeau-Langenbeck *(plusieurs communications et présentations d'enfants guéris).*

Un cas de maladie de Hodgkin traité par la chirurgie et la radiothérapie. Récidive et généralisation rapide après un an de guérison apparente.

Exostoses ostéogéniques multiples.

Anévrysme poplité supérieur développé au contact d'une exostose ostéogénique.

Bec-de-lièvre complexe unilatéral gauche. Présentation de deux nourrissons guéris.

Extraction tardive d'un éclat d'obus au sein d'un abcès cérébral (région pariétale supérieure droite).

Méniscectomie externe pour lésione complexes traumatiques.
Syndrome de Wolkmann compliqué de névrite du médian et du cubital.
Bec-de-lièvre double incomplet opéré à la 20e heure après la naissance.
Bec-de-lièvre double opéré à un mois et demi
Résultat éloigné d'une luxation congénitale double de la hanche chez une jeune fille de dix-huit ans.
Greffe italienne pour cicatrice vicieuse du front après brûlure s'accompagnant d'éctropion double.
Greffes tubulées pour réparation de cicatrice violeuse de la face.
Hépatite suppurée à pneumocoques
L'arthrodèse de l'épaule dans le traitement de l'épaule ballante paralytique.
Les fibrogliomes de la région nasale.
Les kystes de la bouche.
Réflexions à propos de quelques cas de chirurgie buccale.
Le traitement des pleurésies purulentes chez l'enfant.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

CHIRURGIE INFANTILE ET ORTHOPEDIE

I. — TETE ET COU

a) CRANE.

Un cas d'encéphalome. — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 8 déc. 1902.

Méningocéle cranienne située au niveau de la fontanelle de Gerdy et fissure palatine. — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 26 oct. 1903.

Épanchement traumatique de sérosité accompagnant une fracture de la voûte cranienne chez un bébé de vingt-cinq mois. — Soc. anat.-clin., 6 mars 1911.

Méningo-encéphalocéle occipitale, traitée par les ponctions répétées et la compression continue. — Soc. anat.-clin. de Bordeaux, 30 juin 1913.

Hémi-hypertrophie congénitale de la joue, des régions parotidiennes et sous-maxillaire associée à une hémi-hypertrophie linguale d'origine lymphangiomateuse. — *Rev. hebdom. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 1912.

Trois cas de méningocèles traumatiques. — *Journ. de méd. de Bordeaux*, 6 juillet 1913.

Il s'agit de deux méningocèles frontales, et d'une méningocèle pariétale, la première consécutive à une fracture du frontal, d'origine obstétricale (*Fig.* 1), les deux autres consécutives à une chute, à l'âge d'un mois et de six mois. Cette lésion qui ne se voit pas au-dessus de deux ans, a été bien étudiée par Gasne, dans sa thèse (Paris, 1905), dans laquelle il rapporte soixante-dix-huit observations.

A propos d'un cas de méningocéle traumatique fronto-pariétale d'origine obstétricale. — Soc. anat.-clin., 22 nov. 1920.

J'ai eu l'occasion d'observer un certain nombre de cas de cette complication particulière des fractures du crâne chez le jeune enfant. Les conditions qui paraissent nécessaires pour sa production sont : une fracture du crâne avec déchirure de la dure-mère; d'autre part, la non-consolidation de cette

fracture et l'écartement consécutif des bords de la fracture permettant la communication de l'endocrâne avec le tissu cellulaire exocranien.

La méningocèle est tantôt en communication avec les espaces arachnoïdiens, tantôt en communication avec les cavités ventriculaires distendues.

Nous ne sommes intervenus qu'une fois sans succès

Volumineux abcès streptococcique du cuir chevelu, chez un nourrisson. — (En collaboration avec MM. les Drs Lasserre et Lartigaut.) Soc. anat.-clin., 14 fév. 1921.

Vaste décollement du cuir chevelu par accident d'automobile. — Soc. de méd. et de chir., 10 fév. 1922.





FIG. 1.



FIG. 2.

Scalp incomplet du cuir chevelu. Excision d'une vaste cicatrice; autoplastie par glissement; guérison. — Soc. de méd. et de chir., 3 mars 1922.

Dépression cicatricielle après esquillectomie de la région orbito-frontale externe. Autoplastie par greffes ostéo-périostiques. — Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 3 mars 1922.

Enfoncement cranien chez un nourrisson. Trépanation; redressement. — Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 26 mai 1922.

Cranioplastie pour perte de substance de la région temporale. — Soc de méd. et de chir. de Bordeaux, 8 déc. 1922.

Enfoncement cranien obstétrical de la région frontale droite. — Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 5 janv. 1923.

Cranioplastie au niveau d'une large perte de substance cranienne chez un enfant de trois ans. — (En collaboration avec MM. les Drs Lasserre et Dufour.) — Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 16 nov. 1923.

Les greffons ont été pris sur les deux tibias de l'enfant.

Le redressement chirurgical des enfoncements craniens obstétricaux. — Soc. d'obstétr. et de pédiatr. de Bordeaux, 1921.

Le relèvement sanglant comprend trois techniques opératoires : 1° le relèvement intracranien par tire-fond (Tapret-Vicarelli); 2° le relèvement intracranien simple (Boissard). Méthode employée par nous dans tous les cas que nous avons traités; 3° le relèvement intracranien avec trépanation ou résection osseuse plus ou moins importante. Nous concluons de cette étude qu'en général tous les enfoncements craniens importants doivent être réduits le plus tôt possible après la naissance (avantage esthétique, opération facile permettant de conjurer les troubles nerveux primitifs et tardifs).

De la conduite à tenir dans les enfoncements craniens traumatiques chez le nourrisson. — Soc. de pédiatrie, 20 juin 1922.

Réflexions suggérées par le traitement de trois cas obstétricaux et deux cas d'enfoncement chez les nourrissons d'un an.

Cranioplastie chez une enfant de deux ans et demi par greffon ostéo-périostique pris sur la mère. — (En collaboration avec M. le Dr Lasserre.) — Soc. de pédiatrie de Paris, 19 déc. 1922.

Enfoncement de la région fronto-pariétale gauche. Issue de bouillie cérébrale entre les fissures de la boîte cranienne. Esquillectomie. Détersion de la plaie méningo-cérébrale. — (En collaboration avec M. le Dr Lasserre.) — Soc. anat.-clin. de Bordeaux, 17 nov. 1919.

Dépression cicatricielle après esquillotomie de la région orbito-frontale externe. Autoplastie par greffes ostéo-périostiques. — Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 10 mars 1922.

Volumineuse méningo-encéphalocèle fronto-faciale médiane. — (En collaboration avec M. le Dr Lasserre.) — Soc. anat.-clin. de Bordeaux, 26 janv. 1920.

b) FACE.

Fibro-lipome de l'oreille. — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 8 déc. 1902.

Lymphangiomes kystiques des régions parotidienne et frontale externe gauches. — (En collaboration avec le Dr Rabère.)— Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 8 fév. 1904.

Volumineux angiome caverneux de la région orbitaire gauche. — (En collaboration avec MM. les Drs Roques et Aubertin.) — Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 28 juillet 1922.

Malformation congénitale de l'oreille externe. — (En collaboration avec M. le Dr Lasserre.) — Soc. anat.-clin. de Bordeaux, 17 nov. 1919.

A propos du kyste salivaire parotidien. — *Journ. de méd. de Bordeaux*, 12 et 19 mars 1905.

Il n'existait dans la littérature médicale, à la date où nous fîmes ce travail, que trois observations véritablement probantes de kystes salivaires de la parotide : deux de Morestin (*Bull. de la Soc. anatomique*, 1902 et 1903), une de Bouchaud (*Gazette des hôpitaux*, 1878).

Les autres observations de Ricard, de Bérard, de Desprez, d'Anger, de Mollière, nous offrent beaucoup moins de garanties, étant dépourvues d'examen chimique et histologique.

Notre observation, qui fait la base de ce travail, peut se résumer brièvement ainsi : bébé âgé de dix-huit mois, porteur depuis l'âge de dix mois d'un petit kyste parotidien droit, actuellement du volume d'un œuf de pigeon. L'*examen chimique*, pratiqué par le Prof. Denigès, révéla dans le liquide, filant, visqueux, louche, ressemblant à de l'eau albumineuse trouble et contenant des grumeaux blanchâtres, l'existence des principes caractéristiques de la salive, de sulfocyanure, de peroxydase salivaire. Le liquide saccharifie l'amidon et renferme par suite de l'amylase; il contient, en outre, de la mucine.

Au point de vue *histologique*, la paroi comprend trois zones : une zone épithéliale, cylindrique, pluristratifiée sur presque toute la surface du kyste, contenant quelques cellules muqueuses et présentant des dépressions en cul-de-sac, siège d'une prolifération cellulaire active.

Une zone conjonctive dont la partie interne, formée de tissu conjonctif serré, contient les invaginations épthéliales déjà citées et des cavités kystiques secondaires, aplaties, simples ou ramifiées, indépendantes de la grande cavité kystique.

Une zone glandulaire, formée par les acini glandulaires parotidiens, enlevés en même temps que le kyste, étant donnée l'absence de zone de clivage. Certains canalicules excréteurs sont dilatés; cet état de dilatation paraît être le résultat de la compression du kyste sur les voies excrétrices voisines de celui-ci.

Quant aux invaginations épithéliales, aux cavités kystiques secondaires contenues dans la paroi conjonctive, elles doivent être envisagées comme des émanations de la paroi épithéliale du kyste proligère, au même titre que celles qu'on rencontre dans la paroi d'un kyste ovarien.

Une seule pathogénie concorde bien avec les faits observés et nos idées actuelles : c'est l'origine congénitale.

Il s'agit non point d'un kyste d'origine branchiale, mais d'un kyste d'origine glandulaire. Partageant complètement l'avis de Morestin, nous pensons,

avec lui, que le *kyste salivaire se développe aux dépens d'un bourgeon glandulaire embryonnaire non utilisé ou arrêté dans son développement au moment de la formation de la parotide.* ..

De l'examen des différents cas, il résulte que la paroi kystique se compose d'une couche épithéliale formée d'une ou plusieurs assises de cellules, celles-ci pouvant être cylindriques ou pavimenteuses, et d'une couche conjonctive pouvant contenir un plus ou moins grand nombre de vaisseaux sanguins et lymphatiques, des invaginations épithéliales tubulaires, en doigt de gant, et des petites cavités kystiques accessoires : tel est le résumé de nos constatations anatomo-pathologiques en général dans le kyste salivaire de la parotide.

La diversité de structure au niveau de la couche épithéliale mentionnée dans les observations publiées dépend, selon nous, de l'état de développement et de spécialisation plus ou moins avancé des cellules contenues dans le germe glandulaire arrêté en son évolution et, comme le dit Morestin, ces débris épithéliaux aboutissent parfois à des productions kystiques dont la paroi rappelle plus l'épithélium buccal que celui de la glande salivaire. Cette remarque pourrait s'appliquer aux différences constatées dans les examens du liquide kystique.

Le kyste salivaire de la parotide constitue au point de vue clinique une cavité kystique indépendante des voies salivaires, uniloculaire, qui fait corps avec le tissu parotidien, indépendante de la peau qui glisse sur elle. Le kyste ne subit aucune augmentation de tension sous l'influence des repas.

Nous terminons cette étude par certaines considérations sur le diagnostic et le traitement de cette lésion.

Angiome caverneux encapsulé développé dans le muscle orbiculaire des paupières. — (En collaboration avec M. Ch. Lafon.) — Soc. d'anat et de physiol. de Bordeaux, 11 nov. 1906.

Les angiomes primitifs des muscles sont rares; d'après le Prof. Reclus et Magitot (*Rev. de chir.*, mai 1906), il n'en existait qu'une soixantaine de cas; ils s'observent presque toujours au niveau des membres, quelquefois au niveau du tronc; ils surviennent soit spontanément, soit après un traumatisme qui agirait, probablement, en provoquant une prolifération des vasa-vasorum et des capillaires irrités par le traumatisme. Cependant, dans notre observation il ne peut passer inaperçu que cet angiome musculaire s'est développé dans une région bordant, lors du développement embryonnaire, une importante fissure le long de laquelle apparaissent d'autres malformations congénitales beaucoup plus fréquentes (kystes dermoïdes, méningocèle, encéphalocèle).

Hémi-atrophie faciale congénitale, avec malformation de l'oreille et hyploplasie du muscle sterno-cléido-mastoïdien. — Soc. anat.-clin. de Bordeaux, 15 sept. 1913. (*Fig. 2*).

La malformation de l'oreille est complète, mais il y a existence d'un labyrinthe rudimentaire (Dr Philippe et Dr Roques).

Le nerf facial et les muscles de la face, le squelette de la face, et parti-

culièrement le maxillaire inférieur, le muscle sterno-cléido-mastoïdien sont frappés d'hypotrophie.

Angiome caverneux profond de la région parotidienne gauche. — (En collaboration avec M. le Dr Souchet.) — Soc. anat.-clin., 26 janv. 1914.

Cet enfant a été traité par la ligature de la carotide externe gauche, dans le but de diminuer la vascularisation et le volume de l'angiome, et, dès le lendemain, le traitement électrolytique a été appliqué par le Dr Roques.

Il fut suivi d'une légère paralysie faciale qui régressa progressivement.

Un cas d'actinomycose parotidienne primitive propagée à l'orbite. — (En collaboration avec M. le Dr Jeandelize.) — Soc. de méd. de Nancy, 11 fév. 1920.

Actinomycose temporo-faciale. — (En collaboration avec M. le Dr Petges.) — Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 25 nov. 1921.

Angiome caverneux de la joue. — (En collaboration avec MM. les Drs Roques et Massé.) — Soc. anat.-clin., 9 janv. 1922. (*Fig. 3*).

Autoplastie faciale par greffe pédiculée cervicale. — Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 7 avril 1922.

Les fibrogliomes de la région nasale (5 observations personnelles). — (En collaboration avec M. le Dr Anglade.) — *Revue de Chirurgie*, mars 1924.

Les fibrogliomes de la région nasale sont des tumeurs congénitales dont la pathogénie est liée à une anomalie de développement de la vésicule cérébrale antérieure, ou du lobe olfactif, dans les premiers stades du développement embryonnaire, aboutissant à une production pédiculée ou à une enclave libre de tout rapport avec le cerveau. Ces tumeurs sont caractérisées, au point de vue histologique, par la présence d'un tissu névroglique, en évolution gliomateuse, d'une charpente conjonctive et d'une abondante néo-formation vasculaire. Ces tumeurs, développées à la partie supérieure du massif nasal, sont soit extracavitaires, soit intracavitaires. Ce sont des tumeurs solides, de consistance fibreuse, de petit volume, pédiculées ou libres de toute adhérence, recouvertes de téguments sains, ou modifiés par la pénétration profonde de la néoplasie, fixées au squelette nasal, soit par quelques adhérences, soit reliées profondément au centre nerveux par un pédicule canaliculé, par où s'écoule du liquide céphalo-rachidien. Elles donnent un cachet disgracieux à la physionomie de l'enfant; elles s'accompagnent de gêne respiratoire. L'extirpation est le seul traitement à leur opposer, tout en faisant certaines réserves opératoires au sujet de prolongement intranasal, auquel il convient de ne pas toucher, s'il est peu développé. Le seul danger de l'intervention est l'infection méningo-encéphalique, dans les cas où le pédicule contient une communication avec les espaces sous-arachnoïdiens, ou le ventricule cérébral.

Greffe italienne pour cicatrice vicieuse du front après brûlures et ectropion double. — (En collaboration avec M. le Dr Brunetière.) — Soc. méd. chir. de Bordeaux, 7 mars 1924.

La réfection des téguments du front a nécessité la prise de deux lam-

beaux : un sur la face interne de chaque bras. J'insiste sur l'avantage de confectionner la veille la coquille plâtrée qui, après l'intervention, viendra immobiliser le bras dans l'attitude choisie préalablement.

Greffe tubulée pour réparation de cicatrice vicieuse de la face. — Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 28 mars 1924.

Tuberculoses osseuses multiples chez un bébé de seize mois, unguis, frontal, maxillaire inférieur, spina ventosa; guérison. — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 30 avril 1906.







Fig. 3.

Fig. 4.

c) BOUCHE ET MAXILLAIRES.

Angiome médian de la langue en avant du V lingual. — *Bull. de la Soc. de pédiatr. de Bordeaux*, 9 juin 1902.

Grenouillette sublinguale chez un nouveau-né. — Soc. d'anat. et de physiol de Bordeaux, 16 janv. 1905.

Sur un cas de phlegmon gangréneux de la racine de la langue. — (En collaboration avec M. le Dr Lasserre.) — Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 6 juillet 1928.

Volumineux angiome ulcéré de la lèvre inférieure, chez une fillette de cinq ans. Extirpation; guérison. — *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 18 fév. 1912.

Le résultat chirurgical obtenu par la résection triangulaire de cet angiome

qui avait infiltré toute l'épaisseur de la lèvre, sur les deux tiers de son étendue, a été parfait, et l'orifice buccal, vu la plasticité des tissus de l'enfant, n'a pas subi de déformation importante.



Fig. 5.

Kystes de la bouche. (Conférences à l'Assoc. odont. de Bordeaux et du Sud-Ouest). — *Tablettes odontologiques*, fév. 1923 et avril 1924.

Sarcome du maxillaire supérieur gauche chez un bébé de vingt et un mois. — Soc. anat.-clin., 19 nov. 1911. (*Fig.* 4).

Lympho-sarcome de l'amygdale du corps thyroïde et des deux testicules. (En collaboration avec M. le Dr Lasserre.) — *Journ. med. de Bordeaux*, 10 mars 1923. (*Fig.* 5).

Réflexions à propos de quelques cas de chirurgie buccale : *a*) Lithiase du canal de Warthon et sous-maxillite; *b*) Abcès de la racine et de la base de la langue. — *Tablettes odontologiques*, oct. 1923.

Examen du liquide d'une grenouillette congénitale par oblitération du canal de Warthon. — (En collaboration avec M. le Dr J. Villar.) — Soc. anat.-clin., 5 mai 1924.

Fissure palatine. Staphylorraphie. Guérison. — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 16 nov. 1903.

Bec-de-lièvre complexe bilatéral avec saillie prononcée de l'os incisif; quelques considérations embryologiques sur la pathogénie du bec-de-lièvre. — Soc. de gynécol., d'obstétr. et de pédiatr. de Bordeaux, 24 nov. 1903.

Incisive supplémentaire dans le bec-de-lièvre. — Soc. anat.-clin., 9 sept. 1918.

Urano-staphylorraphie pour fissure vélo-palatine totale chez un sujet de vingt-neuf ans. — Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 4 févr. 1921.

A quel âge doit-on opérer un bec-de-lièvre? — Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 26 mai 1922.

Staphyloplastie pour insuffisance congénitale du voile, dans la fissure vélo-palatine. — Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 24 nov. 1922.

Présentation de deux garçons de dix ans, chez l'un desquels un allongement du voile du palais a été réalisé par avivement et suture partielle des piliers postérieurs.

Urano-staphylorraphie. Présentation de deux enfants de un et treize ans. — Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 22 juin 1923.

Bec-de-lièvre compliqué. Présentation de trois opérés. — Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 24 nov. 1922. (Présentation de trois bébés opérés à deux jours, dix et onze mois.)

L'opération précoce est favorable au redressement spontané du tubercule inter-maxillaire proéminent.

Bec-de-lièvre double incomplet, opéré à la vingtième heure après la naissance; bec-de-lièvre double opéré à un mois et demi. — Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 1er fév. 1924.

Bec-de-lièvre complexe unilatéral gauche. Présentation de deux nourrissons guéris. — Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 6 juin 1924.

Fissure vélo-palatine (opération de Baizeau-Langenbeck-Trélat). Guérison. — Soc. méd. et chir. de Bordeaux, 18 juill. 1924).

Fissure vélo-palatine. Opération de Baizeau Langenbeck. Présentation de deux enfants guéris. — Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 30 mai 1924.

Une méthode opératoire ne vaut que par ses résultats. C'est pour cette raison que j'ai tenu à présenter souvent des nourrissons opérés de bec-de-lièvre, des jeunes enfants opérés de fissure palatine. Dans le premier cas,

l'intervention, à moins qu'il ne s'agisse de bec-de-lièvre compliqué double, avec proéminence de l'intermaxillaire, peut être pratiquée dès la naissance. Dans le second cas, j'opère dès deux ans et demi, alors qu'autrefois, suivant les enseignements de mon maître Piéchaud, j'opérais à huit ans.

L'instrumentation adéquate, certains détails de technique (éclairage frontal, anesthésie par sonde nasale, aspiration sanguine) sont des conditions nécessaires au succès.

Résection du maxillaire supérieur dans un cas de sarcome. — (En collaboration avec le professeur Piéchaud.) — Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 22 juillet 1904.

Cysto-sarcome du masséter. Considérations cliniques sur les tumeurs de ce muscle et sur les sarcomes musculaires en général chez l'enfant. — *Journ. de méd. de Bordeaux*, 11 déc. 1904.

Le sarcome musculaire est rare chez l'enfant : nos recherches dans la littérature médicale ne nous ont permis d'en trouver à cette époque qu'un nombre restreint d'observations (16). Garçons et filles sont également prédisposés. Au point de vue du siège de la tumeur, nous relatons : 1 cas de sarcome du tronc, 2 cas du cou et de la nuque, 6 cas concernant le membre supérieur, 7 cas le membre inférieur. Notre observation personnelle concerne un cysto-sarcome du masséter évoluant progressivement depuis trois ans chez un garçon de quatorze ans.

Le microscope nous démontra qu'il s'agissait d'un sarcome à petites cellules fusiformes avec dégénérescence kystique et infarctus hémorragiques. Son origine est, selon toute vraisemblance, le tissu conjonctif intra-musculaire, à moins que l'on invoque, vu l'âge du malade, une pathogénie congénitale et que l'on incrimine des îlots embryonnaires (éléments mésodermiques) appartenant au premier arc branchial.

Les tumeurs primitives du muscle masséter sont d'une excessive rareté.

Au point de vue du traitement des sarcomes musculaires en général, si le sarcome est intra-musculaire et nettement encapsulé, on peut espérer la guérison par une simple extirpation de la tumeur pourvu qu'elle soit faite complète et sans morcellement. C'est la conduite que nous avons suivie dans le cas que nous rapportons en pratiquant une incision esthétique sous-angulo-maxillaire. Dans certains cas, la prudence recommandera l'ablation large du muscle. Lorsque la tumeur est diffuse et infiltre cependant un seul muscle, on devra faire l'extirpation totale de celui-ci. Si elle a acquis un important volume, si elle infiltre plusieurs muscles ou tout un segment de membre, c'est à l'amputation et à la désarticulation qu'il faudra s'adresser.

On ne devra pas perdre de vue ce fait, que quelquefois des interventions après récidive locale du sarcome ont été suivies de succès.

Anastomose spino-faciale pour paralysie faciale droite datant de dix ans. — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 22 oct. 1906.

Constriction permanente des mâchoires consécutive à une actinomycose temporo-faciale. Résection angulo-maxillaire cunéiforme. — (En collaboration avec M. le Dr Petges.) — Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 30 juin 1922.

Deux cas d'ostéomyélite de la mâchoire inférieure. — Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 23 mars 1923.

Prognatisme inférieur par ouverture anormale des angles du maxillaire inférieur. — (En collaboration avec M. le Dr Ardenne.) — Soc. de méd. et de chir., 23 mars 1923.

Tuberculose du maxillaire inférieur et du calcaneum droit. — Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 23 mars 1923.

Dent de sagesse incluse dans l'angle de la mâchoire. Extraction par voie externe. — Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 23 mars 1923.

Atrophie congénitale médiane du maxillaire inférieur. — Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 23 mars 1923.

Ostéomyélites des maxillaires chez l'enfant et l'adolescent (5 observations). — (Tablettes odontologiques, février 1923).

d) cou.

Kystes médiane congénitaux du cou. — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 6 oct. 1902.

A propos du kyste dermoïde médian thyro-hyoïdien. — *Gaz. hebdom. des sciences médicales de Bordeaux*, 19 octobre 1902.

Dans ce travail, nous en rapportons quatre cas personnels. Le chirurgien ne possède pas de symptôme révélateur lui permettant d'affirmer d'une façon sûre qu'il est en présence d'un kyste dermoïde ou mucoïde.

S'agit-il d'un pincement ectodermique entre deux arcs cheminant à la rencontre l'un de l'autre ou encore d'une inclusion au niveau d'une fente branchiale ayant évolué vers la ligne médiane ? Faut-il admettre avec Veau, Petit, leur développement aux dépens de débris épithéliaux résultant de la formation du sinus precervicalis ? Ce ne sont là que des hypothèses.

Traitement de l'abcès froid rétropharyngien par la voie cervico-latérale. — (En collaboration avec le professeur Piéchaud.) — Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 1er juillet 1904.

Hémolymphangiome de la région cervicale gauche. — Soc. anat.-clin., 9 et 31 mars 1913.

Cet hémolymphangiome fut d'abord traité sans succès par l'électrolyse, puis traité chirurgicalement par des ponctions successives et par capitonnage de la poche après incision, étant donnée la difficulté d'ablation de la poche. J'ai eu l'occasion de voir, avec M. le Dr Charbonnel, un autre cas d'angiome de la région cervicale, se prolongeant en arrière du pharynx, et qui était le

siège d'infection (certaines loges étaient infiltrées de pus et les ganglions rétro-pharyngiens très augmentés de volume). L'enfant succombait, malgré la trachéotomie.

Torticolis congénital chez un béhé de quatorze mois. Ténotomie des deux chefs, à ciel ouvert. — Soc. anat.-clin. de Bordeaux, 10 mars 1913. (*Fig. 6*).





FIG. 6.



FIG. 7.

D'abord convaincu de la supériorité de la ténotomie à ciel ouvert, je suis actuellement partisan de la ténotomie sous-cutanée des deux chefs du sterno-cléido-mastoïdien, complétée par l'allongement ou la rupture sous-cutanée, au moyen de la pression des doigts, de tous les agents musculo-aponévrotiques qui peuvent gêner le redressement, ou qui pourraient contribuer à la récidive de la difformité. Importance considérable du traitement orthopédique consécutif.

Cure esthétique du torticolis congénital. — (En collaboration avec M. le Dr Assali.) — Soc. anat.-clin., 8 nov. 1920.

Torticolis osseux congénital. — (En collaboration avec M. le Dr Ch. Lasserre.) — Soc. de méd. et de chir., 6 mai 1921.

Volumineux lymphangiome kystique de la région cervicale. — Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 20 avril 1923.

Sur un cas de lympho-sarcome du cou. — Soc. anat.-clin., 28 avril 1923.

Maladie de Hodgkin traitée par la chirurgie et la radiothérapie. Récidive et généralisation. — (En collaboration avec MM. les Drs Dupérié et Rioux.) — Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 4 juillet 1924.

Il s'agit d'une énorme tumeur (500 grammes) enlevée chez un enfant de douze ans, dans la région cervicale droite.

Un traitement radiothérapique maintient environ pendant un an un état de santé parfaite. La néoplasie est actuellement en train de se généraliser dans tous les territoires ganglionnaires et au niveau des viscères.

Volumineux corps étranger ayant séjourné quatre mois dans le rhino-pharynx d'un enfant de deux ans et demi. — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 29 nov. 1909.

Kyste médian hyoïdien à structure atypique développée aux dépens du canal thyréoglosse. — *Arch. de méd. des enfants*, oct. 1922.

II. — THORAX

Rapport sur le traitement des pleurésies purulentes de l'enfant. — (En collaboration avec M. le Dr L. Ribadeau-Dumas, de Paris. — Congrès de l'Association des Pédiatres de Langue française, 29 septembre 1924.

Ce travail se divise au point de vue chirurgical en plusieurs chapitres. 1° Les interventions dans la pleurésie purulente (thoracentèse, siphon-drainage, thoracotomies avec ou sans résection costale). A propos de la technique des thoracotomies, nous insistons sur quelques points particuliers : anesthésie, lieu et forme de la thoracotomie, conduite du chirurgien en face de la plaie pleurale et de la cavité pleurale; 2° un chapitre des statistiques récentes concernant le traitement des pleurésies purulentes chez les enfants; 3° le traitement postopératoire des thoracotomies et le lavage des plèvres après intervention. Il faudra prévenir la scoliose pleurétique; nous montrons le rôle important de la gymnastique dans la cicatrisation pleurale et la récupération fonctionnelle du poumon.

Les indications opératoires de chaque intervention sont étudiées en général et suivant les cas cliniques spéciaux : pleurésie purulente du nourrisson, pleurésie enkystée, pleurésie du sommet, pleurésie interlobaire et vomique, empyème double, pleurésies purulentes chroniques fistuleuses. Le mode opératoire variera enfin suivant la nature bactériologique du pus.

Conclusions : Il est impossible, à l'heure actuelle, d'établir, pour le traitement des pleurésies purulentes, une formule unique, brève et absolue.

L'évacuation du pus s'impose. Les procédés pour l'obtenir sont nom-

breux. Aucun d'eux ne s'applique à tous les cas, et aucun d'eux n'exclut les autres.

La variété des méthodes d'intervention qui ont été préconisées s'explique par la multiplicité des formes de pleurésie purulente et par certaines considérations sur l'état du malade, l'état du poumon, l'âge du sujet, les espèces microbiennes en cause.

Le diagnostic doit être précoce. S'il ne faut pas temporiser à l'excès devant une intervention chirurgicale qui s'impose, il ne faut pas non plus se hâter et opérer alors que l'infection pulmonaire est en pleine évolution.

Toute pleurésie purulente diagnostiquée sera traitée par l'évacuation du pus, aidée des ressources offertes par la chimiothérapie, la sérothérapie et la vaccinothérapie.

L'évacuation du pus, au début de la maladie, sera faite par thoracentèse et dans les cas où la pleurésie purulente ne constitue qu'un épiphénomène, à côté de graves lésions pulmonaires ou de lésions viscérales traduisant une infection grave de l'organisme au cours d'une septicémie.

La ponction est suffisante lorsque l'épanchement est constitué par un liquide fluide, pauvre en microbes et peu abondant.

Si le pus est abondant, s'il n'y a pas de graves lésions pulmonaires, si la détermination pleurale est cause de troubles toxi-infectieux graves, on aura recours à la pleurotomie et à la thoracotomie avec résection costale. L'une et l'autre ont une action équivalente; le traumatisme opératoire est à peine accru dans la deuxième opération.

Mais on donnera la préférence au procédé qui facilitera le drainage de la collection à thorax fermé, c'est-à-dire à la pleurotomie avec siphonage, à la pleurotomie à drainage irréversible, à la pleurotomie valvulaire.

La thoracotomie avec résection costale sera indiquée dans le cas d'étroitesse de l'espace intercostal.

Elle sera large dans les pleurésies putrides. Dans tous les autres cas, elle sera économique.

Chez l'enfant en bas âge, on s'adressera aux procédés les plus économiques, tels que le siphon-drainage, la pleurotomie minima.

La technique à suivre sera avant tout commandée par l'examen clinique.

Le résultat des thoracotomies est surtout conditionné par la qualité des soins postopératoires.

Bronchoscopie supérieure pour l'extraction d'un noyau de prune de la bronche droite. — (En collaboration avec le Dr Lafite-Dupont.) — *Gaz. hebdom. des sciences méd. de Bordeaux*, 12 nov. 1905.

Kyste dermoïde médian présternal. Lymphangiome kystique présternal. — *In* Thèse de Poingt, Bordeaux, 1905.

Kystes dermoïdes de la région sternale; à propos de leur pathogénie. — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 14 juin 1909.

Les kystes que l'on rencontre au niveau du sternum sont de trois ordres : dermoïdes, mucoïdes, séreux. Ils siègent le plus souvent au niveau de la

fourchette et de la première pièce sternale et peuvent se développer soit du côté du cou, soit du côté du thorax, ou même dans les deux directions, se plaçant à cheval sur le bord supérieur du sternum. Le kyste dermoïde est assez fréquent; nous en avons publié deux observations, dont l'une est rapportée *in extenso* dans la thèse de notre élève et ami Poingt (Bordeaux, 1905); les deux autres variétés constituent des raretés et nous avons fait publier dans cette thèse une observation personnelle de lymphangiome kystique présternal.

Nous pensons que dans toutes les régions embryogéniques où l'activité formatrice des tissus est plus intense, notamment sur la ligne médiane où se produisent des soudures, des accolements, il se fait des invaginations épithéliales et ces bourgeons épithéliaux aberrants, subsistants, prenant rapport ou non avec le squelette en voie de formation, seront les germes des futurs kystes dermoïdes.

Angiome de la région mammaire chez une fillette d'un an et demi. — (En collaboration avec le Dr Charrier.). — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 26 janv. 1903.

Angiome mammaire gauche. Amputation du sein. — Soc. anat.-clin. de Bordeaux, 17 nov. 1919.

Tuberculose thoracique d'origine pleurale à marche envahissante chez un enfant de quatorze ans. — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 28 janv. 1906.

Au point de vue de la marche très rapide des lésions qui ont fait le tour presque complet de la base du thorax, deux hypothèses sont admissibles : soit double lésion pleurale primitive, soit propagation des lésions dans le tissu cellulaire péripleural et prépéricardique, le long du vaste cercle lymphatique qui constituent à la base du thorax les systèmes lymphatiques intercostaux réunis en avant par le réseau rétro-sternal (*fig. 7*).

Abcès froid thoracique ayant pour origine une adénite mammaire interne consécutive à une bacillose pleuro-pulmonaire; scoliose pleurétique. Considérations sur son mécanisme pathogénique. — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 22 oct. 1906.

Il existait une atrophie très nette de tout l'hémithorax gauche s'accompagnant de courbure scoliotique à convexité cervico-dorsale droite. Nous attribuons ces lésions non point à la rétraction cicatricielle des adhérences pleurales (les altérations pleuro-pulmonaires ne paraissant pas avoir été assez accentuées, notamment pas de pleurésie purulente), mais au *retentissement dystrophique* de la lésion sous-jacente sur les systèmes osseux et musculaire de l'hémithorax. Si, de plus, on admet qu'une telle déformation est survenue à dix-huit ans, en pleine croissance encore, à un âge où il existe une certaine élasticité osseuse, si l'on y joint l'action de l'immobilisation en attitude vicieuse sous l'influence de la douleur, on comprendra facilement comment s'est constituée cette scoliose pleurétique.

Corps étrangers de l'œsophage. — Soc. anat.-clin., 21 août 1911.

A propos d'un cas de tuberculose de l'œsophage. — Soc. de gynécol., d'obstétr. et de pédiatr. de Bordeaux, 12 janv. 1904.

A l'occasion d'un cas de tuberculose œsophagienne greffée sur un rétrécissement cicatriciel de ce conduit, nous étudions l'étiologie et la pathologie de la tuberculose de cet organe.

La tuberculose de l'œsophage est une des plus rares localisations du bacille de Koch au niveau du tube digestif.

Avec Krauss, nous divisons en six groupes les différentes formes de tuberculose de ce conduit.

Le premier groupe comprend les observations d'inoculation tuberculeuse par les crachats bacillifères déglutis. Tel est le cas de notre observation ainsi que celles de Breus, Eppinger, Zencker, Cordua, Frerichs, Mazotti, Flexner, Franckel, Hasselmann.

Le deuxième groupe concerne les observations de tuberculose de l'œsophage dues à l'extension des lésions pharyngées bacillaires (Beck, Birch, Hirschfeld).

Le troisième groupe comprend les observations dans lesquelles des ganglions caséeux péribronchiques et médiastinaux ont propagé la tuberculose à l'œsophage par continuité directe ou par lymphangite.

Le quatrième groupe comprend les observations dans lesquelles la tuberculose de l'œsophage résulte de l'ouverture d'une collection prévertébrale d'origine pottique.

Le cinquième groupe concerne les cas de tuberculose œsophagienne résultant de l'ouverture de cavernes pulmonaires dans ce conduit.

Le dernier groupe concerne les observations de tuberculose de l'œsophage dont l'infection s'est faite par voie sanguine. Celle-ci se traduit par une éruption de tuberculose miliaire disséminée sur tous les organes.

En résumé, l'infection, au point de vue pathogénique, peut se faire par trois modes : infection par voie sanguine; infection par voie directe (déglutition de crachats chez les phtisiques); infection par propagation de lésions siégeant soit dans le pharynx, soit dans la zone péri-œsophagienne (appareil pleuro-pulmonaire, ganglions médiastinaux, colonne vertébrale).

Il ressort de nos recherches que c'est surtout par voie directe (par déglutition de crachats tuberculeux) que se fait l'infection de ce conduit. Weichselbaum et Schaschmann prétendent que la tuberculose est rare au niveau de cet organe, parce que les matières susceptibles de l'infecter ne font que traverser le conduit et n'ont pas le temps de se fixer sur la muqueuse, parce que l'œsophage est défendu par un épithélium épais et résistant. Or, on comprend que la coexistence de ces deux facteurs pathologiques : rétrécissement du conduit, lésions de l'épthélium, soit de la plus grande importance au point de vue de la genèse des lésions.

A côté de notre observation, qui est un exemple de tuberculose greffée sur les lésions d'œsophagite chronique cicatricielle, se placent deux observations de Zencker et de Cordua, concernant la tuberculose œsophagienne, développée sur les bords d'ulcérations cancéreuses.

Actinomycose thoracique chez un garçon de douze ans. — Soc. anat.-clin. de Bordeaux, 2 juin 1913.

Cette lésion serait consécutive probablement à une inoculation par une graminée, avalée et restée fixée pendant quelque temps dans le gosier de l'enfant, il y a trois ans.

L'infection actinomycosique semble s'être localisée à la face externe de la plèvre, qui aurait réagi secondairement par un épaississement considérable visible à la radiographie. Les lésions se sont fait jour progressivement à travers les espaces intercostaux, par plusieurs trajets, pour envahir les plans thoraciques antérieurs, d'abord le long du bord du sternum, puis au niveau du sein, et enfin au niveau de la ligne axillaire, du côté de l'hémithorax droit.

Laxité extrême des deux articulations sterno-claviculaires. — (En collaboration avec M. le Dr Lasserre.) — Soc. anat.-clin., 14 mars 1921.

Hernie congénitale du poumon droit. — Soc. de méd. et de chir., 1921.

Aplasie partielle des muscles intercostaux déterminant une zone faible permettant la projection du poumon pendant la toux ou l'effort, revêtu simplement de sa plèvre et des téguments.

III. — RACHIS

a) CHIRURGIE.

Considérations cliniques sur plusieurs cas de spina-bifida. — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 26 oct. 1903.

Dans ce travail sont rapportées huit observations personnelles recueillies dans le service de notre maître, le Prof. Piéchaud, accompagnées de considérations anatomo-pathologiques et thérapeutiques.

I. Spina-bifida dorso-lombo-sacré; hydrocéphalie, laparocèle et hernie lombaire congénitale, pieds bots varus.

II. Spina-bifida dorsal supérieur.

III. Spina-bifida lombo-sacré; genu varum et pied bot varus équin droits, fausse ankylose du genou gauche.

IV. Spina-bifida lombo-sacré à tumeur fibro-lipomateuse.

V. Spina-bifida dorsal avec néoplasme médullaire.

VI. Spina-bifida avec néoplasme médullaire.

VII. Myélo-méningocèle du type Recklinghausen.

VIII. Mal perforant plantaire chez un enfant : spina-bifida lombo-sacré.

Spina-bifida dorsal avec néoplasme médullaire. — (En collaboration avec M. le professeur Denucé.) Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, 10 juillet 1903.

Cette observation est un exemple intéressant montrant la complexité des

malformations rachidiennes (scoliose congénitale associée) et médullaire, et cela malgré l'absence de tout trouble nerveux moteur ou trophique et de malformations congénitales des membres.

La tumeur, qui était à cheval sur la partie supérieure de la colonne dorsale, fut extirpée au bistouri. Elle était, comme le démontra l'examen histologique, composée de tissus de nature diverse et en particulier de tissu névroglique. Mais au moment de la pédiculisation, nous nous aperçûmes qu'elle était en rapport avec une autre tumeur intra-rachidienne. Une soie

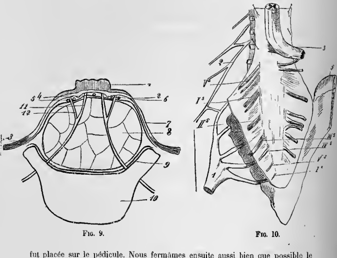


Fig. 9. Fig. 10.

fut placée sur le pédicule. Nous fermâmes ensuite aussi bien que possible le sac méningé.

L'enfant perdit pendant l'opération une grande quantité de liquide céphalo-rachidien et c'est à cette cause que nous devons attribuer sa mort rapide.

La tumeur intra-rachidienne est accolée à la face postérieure de la moelle : elle a l'aspect d'un lobe médian cérébelleux, strié de circonvolutions transversales à substance grise externe.

Les arcs postérieurs sont soulevés par la tumeur; ils forment une large gibbosité. Ils sont, de plus, profondément troublés dans leur développement.

Au-dessus et au-dessous, l'axe nerveux est normal.

Spina-bifida sacré. — (En collaboration avec M. Rabère.) — Soc. d'anat et de physiol. de Bordeaux, 13 juin 1904.

Myélo-méningocèle lombo-sacrée. Pieds bots varus équins. Luxations congénitales des deux hanches à évolution anormale. — (En collaboration avec M. le Dr Lasserre.) — Soc. anat.-clin. de Bordeaux, 10 janv. 1921.

Myélo-méningocèle lombo-sacrée. Opération, fermeture de la brèche rachidienne par autoplastie musculo-aponévrotique. — Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 30 juin 1922.

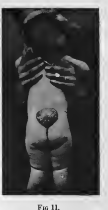


Fig 11.



Fig. 12.

Sur un cas de myélo-méningocèle du type Recklinghausen. — Soc. de pédiatr. de Bordeaux, 25 mars 1901.

Ce travail tire son intérêt de la rareté de cette forme de spina-bifida, dont nous rapportons en détail la constitution anatomique (*fig. 9* et *10*).

Myélo-méningocèle lombo-sacrée atypique. — *Journ de méd. de Bordeaux*, 24 avril 1910 (*fig. 11*).

Mal perforant plantaire chez un enfant; spina-bifida lombo-sacré. — (En collaboration avec le Dr Guyot.) — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 3 nov. 1902.

Kystes dermoïdes paracoccygiens. — Soc. d'anat. et de phys. de Bordeaux 27 avril 1908.

Sarcome de la colonne vertébrale chez un bébé de treize mois; extirpation, guérison. — Soc. de gynécol., d'obstétr. et de pédiatr. de Bordeaux, 28 juin 1909 (*fig. 12*).

Spina-bifida lombo-sacré. Raideur congénitale des deux genoux en extension. Pied bot varus équin double. Malformation de l'anus. — (En collaboration avec M. le Dr Souchet.) — 8 mars 1914.

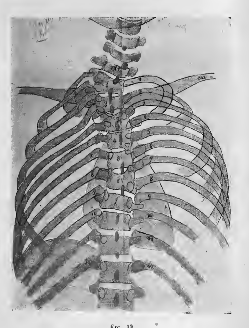


Fig. 13.

Intervention sanglante pour spina-bifida de la région lombo-sacrée, type myélo-méningocèle. — Soc. anat.-clin., 15 mai 1922; Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 30 juin 1922.

Ce succès opératoire se rapporte à un enfant opéré à vingt-sept jours. Pas d'hydrocéphalie. Ultérieurement j'ai fait deux évidements sous-cutanés pour pieds bots accentués.

Scoliose congénitale dorsale supérieure droite; surélévation congénitale de l'omoplate gauche. — Soc. anat.-clin. de Bordeaux, 8 déc. 1919.

b) ORTHOPÉDIE.

A propos de la méthode d'Abbott dans le traitement des scolioses. — Soc. anat.-clin. de Bordeaux, 1er déc. 1913.

Volumineuse cypho-scoliose gauche. Redressement par la méthode d'Abbott. — Soc. anat.-clin., 20 déc. 1920.

A ce propos, j'indique la technique que j'emploie pour relever l'empreinte des déformations thoraciques, au moyen d'une coquille plâtrée postérieure. Prises en série, ces empreintes permettent de contrôler le redressement orthopédique.

Cypho-scoliose lombaire congénitale. — (En collaboration avec M. le Dr Trautmann.) — Soc. anat.-clin., 12 nov. 1923.

A propos de 6 cas nouveaux de scoliose congénitale. — (En collaboration avec M. le Dr Noirit.) — *Journ. de méd. de Bordeaux*, 10 déc. 1922.

Ce travail est la relation de cas intéressants avec photographies et calques radiographiques qui représentent les différentes malfaçons vertébrales que l'on peut rencontrer dans la scoliose congénitale.

Le substratum anatomique de la difformité consiste en effet essentiellement dans une asymétrie d'une ou de plusieurs vertèbres, que l'on ait à faire soit à une vertèbre de la série normale, soit à une vertèbre incomplète hors série. Dans la plupart des cas, il s'agit d'une déformation cunéiforme ou trapézoïdale portant sur un ou plusieurs éléments vertébraux. Nous pensons que lorsque l'anomalie vertébrale n'est pas trop grave, dans sa constitution, elle est justiciable d'un traitement orthopédique de redressement.

A propos d'un cas de scoliose congénitale dorso-lombaire. — (En collaboration avec M. le Dr Mabille.) — *Gaz. hebdom. des sciences méd. de Bordeaux*, 1911.

Scoliose congénitale dorsale supérieure. — Soc. anat.-clin., 26 mai 1924. (*Fig. 13*).

Mal de Pott lombaire avec vaste abcès crural postérieur (opération d'Albee). — Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 22 déc. 1922.

Mal de Pott lombaire avec gibbosité traité à la période de convalescence, par la greffe costale (technique de Lorthioir). — Soc. de méd. et de chir., de Bordeaux, 9 nov. 1923.

Mal de Pott dorso-lombaire. Greffe d'Albee. — (En collaboration avec M. le Dr Radoievitch.) — Soc. anat.-clin., 25 oct. 1920.

Mal de Pott dorsal inférieur avec grosse gibbosité. Opération d'Albee. — (En collaboration avec M. le Dr Lasserre.) — Soc. anat.-clin., 8 nov. 1920.

Omoplate scaphoïde dans un cas de paralysie infantile du membre supérieur droit. — Soc. anat.-clin. de Bordeaux, 23 mars 1914.

Ptose scapullaire congénitale par aplasie presque totale du trapèze. — Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 9 nov. 1923.

IV. — ABDOMEN ET ORGANE GÉNITO-URINAIRE.

Laparocèle et hernie lombaire congénitales. — Soc. d'anat. et de physiol de Bordeaux, 7 déc. 1903.

Ce travail a pour base l'observation d'un enfant de neuf mois atteint de spina-bifida dorso-lombo-sacré qui présentait une saillie bilobée au niveau de la partie droite de l'abdomen.

La dissection nous a fait constater, au niveau des trois couches musculaires de l'abdomen, les anomalies suivantes : absence des faisceaux inférieurs du grand oblique (*voir fig. 14*), absence des faisceaux antérieurs et postérieurs du petit oblique (*voir fig. 15*); absence de la moitié inférieure du transverse (*voir fig. 16*). Les portions musculaires absentes sont remplacées par un fascia fibreux, en continuité avec le muscle. La disposition de ces arrêts de développement sur les différentes couches musculaires explique l'aspect bilobé de cette éventration congenitale. Nous pensons, de plus, que *l'arrêt de développement* (**évolution** anormale des myotomes) *est primitif et la hernie secondaire.*

Des faits de laparocèle et de hernie lombaire congénitales, auxquels il manque cependant la précision anatomique de notre observation, ont été rapportés par Chaplin, Macready, Mouro, Martin, Oscar Wyss, Giordans.

Emphysème de la paroi abdominale dans un cas de plaie pénétrante. — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 3 nov. 1902.

Plaie pénétrante de l'abdomen par arme à feu. — (En collaboration avec le Dr Courtin) — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 7 avril 1900.

De l'appendicite infantile à forme pelvienne et ilio-pelvienne. — *Archiv. gén. de méd.*, 21 fév. et 6 mars 1906.

Des considérations anatomo-cliniques sur l'appendice infantile et particulièrement sur l'appendice pelvien servent d'introduction à cette étude. Les statistiques de Fergusson, de Bérard, de Jacob, de Chevalier, de Tuffier et Jeanne sont discordantes au point de vue du pourcentage des appendices pelviens par rapport aux autres positions que peut occuper ce diverticule.

La situation pelvienne de l'appendice peut dépendre de plusieurs causes :

1° L'appendice présente, par rapport au cæcum, le type descendant. Il plonge dans l'excavation soit par le fait de sa longueur exagérée, le cæcum étant en position normale, soit par suite de la situation basse du cæcum, sans que celui-ci quitte la fosse iliaque.

2° Il existe une laxité congénitale des moyens de suspension de l'anse iléo-cæcale.

3° Il y a ectopie congénitale primitive du cæcum dans le pelvis (Recherches de Legueu, de Vallée).

4° Des adhérences prises pendant la vie intra-utérine existent entre l'appendice et les organes génitaux; ceux-ci entraînent dans leur descente l'appen-

dice soit dans le canal vagino-péritonéal s'il s'agit du testicule, soit dans le bassin s'il s'agit de l'ovaire.

5° L'accumulation de sécrétions pathologiques dans la cavité de l'appendice occasionnerait sa chute dans le pelvis, sous l'influence de la pesanteur (Hochenegg).

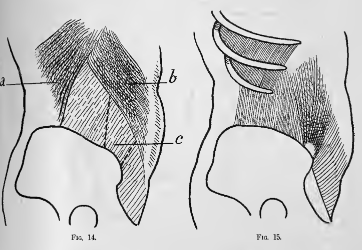


Fig. 14. Fig. 15.

6° Enfin, pour qu'un foyer pelvien se produise, il n'est point indispensable que l'appendice plonge dans l'excavation, il suffit qu'il y pointe. S'il se perfore et s'ulcère, les produits septiques qu'il contient tomberont dans le pelvis.

Anatomie pathologique. — 1° Le foyer pelvien peut être primitif, péri-appendiculaire;

2° Il peut être secondaire, para-appendiculaire; dans ce cas, il succède au foyer iliaque appendiculaire à une époque rapprochée ou éloignée de l'infection primitive.

Les différents types d'appendicite ilio-pelvienne et pelvienne que l'on rencontre sont les suivants :

1° *L'appendicite ilio-pelvienne droite* est la forme la plus fréquente; le foyer purulent est à cheval sur le détroit supérieur. Portions pelvienne et iliaque de l'abcès peuvent être largement communicantes ou seulement réunies par un étroit goulet.

2° Il existe *deux foyers complètement séparés*, l'un *iliaque* droit, l'autre *pelvien*. Ils peuvent évoluer simultanément ou successivement.

3° *L'abcès pelvien* peut être supérieur ou inférieur.

4° *Les abcès pelvi-hypogastrique* et *pelvi-iliaque*. — Cette désignation indique que l'infection primitive en date a été pelvienne et que de ce point la collection s'est développée en arrière et au-dessus du pubis, ou qu'elle a gagné une des fosses iliaques. Broca pense qu'un grand nombre d'appendicites gauches sont des appendicites à foyer primitivement pelvien.

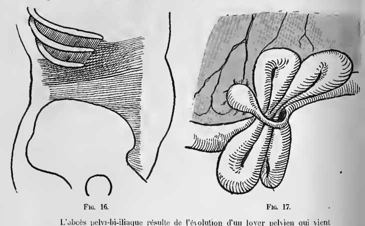


Fig. 16. Fig. 17.

L'abcès pelvi-bi-iliaque résulte de l'évolution d'un foyer pelvien qui vient déborder dans les deux fosses iliaques.

5° *L'abcès bi-ilio-pelvien* : l'infection, partie du côté droit, descend dans le bassin pour remonter dans la fosse iliaque gauche ou bien s'étend directement de l'une à l'autre fosse iliaque pour fuser ensuite le long du rectum. Il en résulte un ou plusieurs foyers.

Symptomatologie. — Les caractéristiques cliniques sont étudiées spécialement :

1° La topographie des zones douloureuses;

2° Les phénomènes pelviens (douleurs irradiées, troubles vésicaux et rectaux).

Du côté du rectum, constipation, quelquefois à type d'obstruction intestinale, diarrhée; celle-ci peut alterner avec la constipation, mais elle prend un caractère pathognomonique lorsqu'elle s'accompagne de l'évacuation de glaires, de matières muco-membraneuses ou de pus.

3° *Examen du foyer appendiculaire* par le toucher rectal combiné au

palper abdominal : nécessité de l'anesthésie chez certains enfants indociles.

Evolution et Complications. — *a)* Le foyer peut s'ouvrir spontanément : 1° dans le rectum; 2° dans le vagin; 3° dans la vessie, exceptionnellement.

b) La péritonite généralisée peut survenir par rupture spontanée de l'abcès pelvien ou par diffusion de l'infection au travers des adhérences qui limitent le foyer, soit que le chirurgien soit intervenu trop tard, ou qu'il ait méconnu l'abcès pelvien, soit que l'infection appendiculaire présente une virulence exagérée.

Nous avons noté certaines *complications à distance*, néphrite gauche consécutive à une poussée de cystite, abcès du poumon gauche, cholécystite suppurée, grand abcès du lobe droit hépatique.

Le *voisinage de la zone génitale explique l'association de lésions du côté des trompes et des ovaires* qu'on a rencontrées dans certains cas (Kirmisson, Jacob). Enfin, *au décours d'une appendicite opérée, peut survenir l'occlusion intestinale précoce*, due à des brides épiploïques, à des coudures d'anses intestinales fusionnées par la péritonite pelvienne plastique (Broca).

Pronostic. — Celui-ci a été envisagé diversement par les auteurs.

De l'analyse des 75 observations qui nous ont servi à l'édification de ce travail, il résulte que dans 55 cas la guérison a été obtenue soit spontanément (traitement médical, ouverture dans le rectum), soit chirurgicalement après une ou plusieurs interventions.

Sur 20 *morts*, 16 sont attribuables à la péritonite généralisée qui presque toujours existait au moment de l'intervention ou qui rarement succéda à l'acte opératoire; à la septicémie par évacuation incomplète d'un foyer purulent, à l'occlusion intestinale précoce, à la cholécystite suppurée.

Diagnostic. — Le cas qui semble présenter le plus de difficultés au point de vue diagnostic est celui d'une appendicite à foyer pelvien supérieur et profondément situé. Les signes vésicaux et rectaux, l'écoulement du pus par la vulve ou le rectum devront attirer l'attention du clinicien.

Traitement. — L'appendicite pelvienne et ilio-pelvienne évolue presque toujours vers la suppuration.

Les avis des chirurgiens sur le moment et le choix de l'intervention sont variables :

Procédés opératoires utilisés chez l'enfant :

1° La voie périnéale décrite minutieusement par Mauclaire (1895) a été employée par Delanglade et Lagoutte.

2° La voie vaginale (ouverture du cul-de-sac postérieur) a été employée par Jalaguier, Tixier et Gauthier.

3° La voie rectale, employée pour la première fois en Amérique par Gœrster (1890), en France par Jaboulay (1896), a été bien décrite par Bérard et Patel. Dans 8 cas où elle a été employée chez l'enfant, la guérison fut obtenue complètement et rapidement.

Les avantages de cette méthode sont : simplicité du manuel opératoire, drainage au point déclive, absence d'infection de voisinage.

4° La voie abdominale comprend la laparotomie latérale ou médiane et la voie sous-péritonéale.

Si la laparotomie est d'une application facile dans le cas où l'abcès se trouve au contact de la paroi abdominale (appendicite ilio-pelvienne), elle pourra être plus aléatoire lorsque le péritoine sera libre au-devant d'un foyer profond.

L'aspiration électrique nous a rendu des services immenses, Morestin la conseillait. Broca a agencé une collerette d'épiploon autour du drain qui plongeait dans le petit bassin. Il sera quelquefois plus prudent de rebrousser chemin pour prendre une autre voie (voie sous-péritonéale, voie rectale).

On a reproché à la voie abdominale d'être un danger pour la grande séreuse péritonéale, lorsqu'elle n'est pas protégée par des adhérences, d'être insuffisante pour le drainage.

5° Aussi certains chirurgiens ont-ils employé des voies mixtes :

a) Voie abdomino-vaginale (Polosson, Monod, Bérard et Patel).

b) Voie abdomino-rectale (Pauchet).

Cette dernière méthode a été employée quatre fois avec succès chez des enfants de sept à quinze ans.

Méthode de choix dans les différents cas d'appendicite pelvienne infantile. Leurs indications.

1° Abcès ilio-pelvien : Dans le cas d'abcès ilio-pelvien pénétrant peu dans l'excavation pelvienne, la voie abdominale est la méthode de choix.

En présence d'un abcès ilio-pelvien descendant jusqu'au fond du pelvis, le chirurgien aura le choix entre la voie rectale et la voie abdomino-rectale.

Dans le cas où une des voies abdominale ou rectale employée exclusivement serait insuffisante au point de vue du drainage, il serait indiqué de la compléter : c'est la méthode abdomino-rectale en deux temps.

2° Dans le cas d'abcès pelvien supérieur séparé de la paroi abdominale par un péritoine sain, on pourrait attendre, grâce au traitement médical classique, que l'abcès ait évolué soit vers la fosse iliaque, soit vers le rectum et intervenir rapidement à ce moment. Si l'intervention se posait urgente, on pourrait avoir recours soit à la voie sous-péritonéale, soit à la voie abdominale.

3° Dans le cas d'abcès pelvien comblant le Douglas, on donnera la préférence à la voie rectale.

L'extirpation de l'appendice à chaud est d'autant plus difficile que celui-ci est profondément situé. On ne doit l'enlever que s'il se présente.

L'extirpation de l'appendice à froid devra toujours se faire par la voie abdominale.

Appendicite pelvienne suppurée. Péritonite généralisée. Grand abcès du lobe hépatique droit. Opérations multiples : incision par la voie abdominale du foyer pelvien et drainage : évacuation, après laparotomie, du foyer hépatique. Incident postopératoire : corps étranger du foie (fragment de l'aiguille à ponction) ; hépatotomie. Guérison. — *In* Thèse de Lapouble, Bordeaux, 1905.

Appendicite pelvienne infantile. — *In* Thèse de P. Perreaux, Bordeaux 1905.

Drainage transépiploïque ou marsupialisation épiploïque d'une collection appendiculaire profonde. — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 19 mars 1906.

Péritonite tuberculeuse. Injection de naphtol camphré. Crise d'épilepsie. — *In* Thèse de P. Colineaux, Bordeaux 1902.

Malformations multiples. — (En collaboration avec M. le Dr Villar.) — Soc. anat.-clin., 9 juin 1913.

Coexistence d'une hypertrophie du pylore, d'une persistance du trou de Botal, de l'abouchement de l'intestin dans l'urètre prostatique, d'un rein polykystique droit, d'un uretère double.

Sur un cas de déchirure isolée du mésentère par contusion de l'abdomen. — (En collaboration avec M. le Dr Dumas.) — *Journ. de méd. de Bordeaux,* 26 fév. 1911.

Diverticulite et occlusion intestinale. — *Journ. de méd. de Bordeaux,* 10 sept. 1919. (*Fig.* 17)

Un garçon de treize ans, porteur d'un diverticule de Meckel, fait une diverticulite. L'extrémité du diverticule prend adhérence au mésentère, enlaçant deux anses intestinales. Au début, signes d'infection péritonéale simulant une crise d'appendicite, puis syndrome d'occlusion.

Péritonite suppurée généralisée à foyers multiples et pleurésie purulente de la grande cavité d'origine pneumococcique. Interventions multiples. Guérison. — Soc. de Pédiat. de Paris, juin 1924.

Greffe libre de fascia lata dans la cure des éventrations postopératoires. — (En collaboration avec M. le Dr Dufour.) — Soc. anat.-clin., 4 juin 1923

Sur un cas de mégacæcum développé chez un nourrisson de huit mois, mort de péritonite par perforation au niveau de l'angle colique gauche. — (En collaboration avec M. le Dr Aubertin.)

Un cas intéressant de hernie étranglée du nouveau-né (hématome pariétal enkysté faisant obstruction après kélotomie). — (En collaboration avec M. le Dr Masse.) — Soc. anat.-clin., 24 avril 1922.

Quand et comment opérer les hernies inguinales chez le nourrisson. — Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 16 mai 1924.

Disposition anormale et rare d'un canal vagino-péritonéal; hydrocèle secondaire incluse dans un sac herniaire. — Soc. d'obst., de gynécol. et de pédiatr. de Bordeaux, 24 avril 1906.

Disposition particulière d'un sac herniaire (hernie inguinale congénitale). — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 7 sept. 1908.

Volumineux papillome anal chez un enfant de treize ans. — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 12 oct. 1903.

Imperforation ano-rectale; intervention; guérison. — (En collaboration avec le Dr Charrier.) — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 8 déc. 1902.

Volumineux prolapsus ano-recto-sigmoïdien chez un nourrisson de quatre mois; cerclage de l'anus suivant la méthode de Thierech. Anomalies de disposition et d'accolement du côlon ascendant. — *Journ. de méd. de Bordeaux,* 12 mars 1911.

Paralysie partielle bilatérale des musclee ds la paroi antérieure de l'abdomen et scolioee paralytique. — Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 29 déc. 1922.

La méningomyélite aiguë fébrile est survenue chez cette jeune fille à douze ans. Actuellement (deux ans après), les lésions musculaires de la sangle abdominale expliquent la ptose très accentuée de l'estomac, de l'angle droit du côlon et des deux reins, particulièrement du rein droit.

Nous insistons, à cette occasion, sur les caractéristiques des paralysies des muscles de l'abdomen, au cours de la paralysie infantile.

Kyste hydatique du foie (lobe gauche) chez un enfant de sept ans. Extirpation du kyste, suture hépatique et réduction eane drainage. — (En collaboration avec M. le Dr Massé.) — Soc. anat.-clin., 12 déc. 1921.

Hépatite suppurée à pneumocoques. — (En collaboration avec MM. les Drs Cadenaule et Fontan.) — Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 11 avril 1924.

Nous insistons :

1° Sur la rareté des affections de ce genre chez les enfants (notre cas se rapporte à une fillette de onze ans).

2° Sur la difficulté du diagnostic qui ne put être précisé qu'à l'intervention (le diagnostic primitif était celui d'appendicite).

3° Sur l'extrême gravité de telle lésion au point de vue pronostic.

4° Sur la localisation particulière du pneumocoque au niveau des voies biliaires, sans doute déjà touchées chez cette malade dans le passé de laquelle on trouve, au cours d'une santé habituelle, trois grandes crises abdominales douloureuses ressemblant à des coliques hépatiques.

5° Sur l'heureux résultat de la collaboration étroite et précoce de la chirurgie et du laboratoire, qui a pu fournir les directives thérapeutiques (sérum antipneumococcique, auto-vaccin fait avec le pus de la ponction retiré au cours de la laparatonie, abcès de fixation).

Phlegmon périnéphrétique à contenu gazeux, développé chez un enfant ds treize ans. — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 12 oct. 1903.

Volumineuse tumeur du rein droit chez une fillette de trois ans et dsmi. — Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 3 nov. 1922.

Ultérieurement une laparotomie et l'évolution montrèrent qu'il s'agissait d'un sarcome de la face inférieure du foie.

Hydronéphrose congénitale reconnue au cours de troublee gastro-inteetinaux infectieux chez un enfant de neuf ans; néphrostomis primitive. Néphrectomie secondaire. — (En collaboration avec M. le Dr Darget.) — *Presse médicale*, 25 avril 1923.

Pseudo-hydronéphrose traumatique chez un garçon de treize ans. Prolapsus muqueux et tumeur du méat urinaire chez un nourrisson de deux moie. — Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 6 juillet 1923.

Tuberculose rénale chez l'enfant : Cathétérisme à vision directe (7 observations). — (En collaboration avec M. le Dr Ferron.) — *Journ. d'urologie.* Terminé à 2 h. 30. — Fondeuse n° 123.

La cystoscopie à vision directe est toujours possible chez la fillette ayant dépassé cinq ans. L'urètre admet facilement un tube n° 40 de 7 centimètres de long; la brièveté du tube permet l'exploration de la vessie (7 observations d'examen cystoscopique.) La fillette de 11 ans atteinte d'un gros rein tuberculeux fut néphrectomisée avec succès.

Épi de graminée inclus dans un abcès de la grande lèvre gauche chez un bébé de dix-sept mois. — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 13 déc. 1909.

Cystotomie suspubienne chez une enfant de cinq ans et demi; extraction d'une épingle à cheveux. — Soc. de gynécol., d'obstétr. et de pédiatr. de Bordeaux, juill. 1903.

Inversion subtotale de la vessie chez un bébé de un mois. — Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 29 juin 1923.

Calcul vésical chez un enfant. — (En collaboration avec M. Rabère.) — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 12 déc. 1904.

1° Tuberculose vésicale chez une jeune fille de quatorze ans; 2° Cystite tuberculeuse survenue au décours d'une tumeur blanche du genou. — *In* Thèse de L. Bignon, Bordeaux 1905.

Varicocèle infantile.—Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 9 sept. 1906.

C'est là une affection rare en chirurgie infantile.

Nous estimons néanmoins que si on recherchait cette affection sur un grand nombre d'enfants, on verrait la proportion de cette affection s'élever chez eux. De huit à quinze ans, en effet, le varicocèle, peu volumineux au début de sa formation, évolue insidieusement sans douleur, n'attirant nullement l'attention de celui qui le porte. Il est très probable que ces varicocèles débutant dans le jeune âge, sont d'origine congénitale; mais il nous est difficile, vu la rareté des examens anatomo-pathologiques à cet âge, de choisir entre les diverses théories qui ont été proposées : aplasie primitive de la paroi veineuse, insuffisance valvulaire congénitale, abouchement anormal de la veine spermatique, persistance anormale des veines trop nombreuses dérivant du corps de Wolff. Deux observations personnelles accompagnent notre travail.

Torsion congénitale du pénis chez un enfant de quinze mois. — Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 23 déc. 1921.

Le traitement chirurgical de l'ectopie testiculaire inguinale : l'orchidopexie crurale. — *Paris médical*, 6 déc. 1913 ; *Rev. prat. des malad. des organes génito-urinaires*, mars 1914; Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 10 fév. 1922.

Ces travaux montrent les résultats parfaits d'une technique logique et anatomique qui assure la concordance des résultats opératoires immédiats et tardifs.

Kyste dermoïde du prépuce. — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 13 juin 1904.

Tuberculose épididymaire chez l'enfant. — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 14 déc. 1903. — *Journ. de méd. de Bordeaux*, janv. 1904. — Soc. de gynécol., d'obstétr. et pédiatr., 13 fév. 1906.

Ces différents travaux sont basés sur six observations personnelles, recueillies dans le service de notre maître le Prof. Piéchaud.

La tuberculose génitale est rare par rapport aux autres tuberculoses locales, si fréquentes chez les puéri-adolescents; le testicule est, en effet, un organe jouissant, à cette période, d'une vie latente, pourvu d'une faible vascularisation et, par conséquent, peu apte à recevoir l'infection sanguine. Jusqu'ici les travaux semblaient démontrer que le testicule était plus souvent primitivement atteint que l'épididyme. Notre travail va à l'encontre de cette idée puisque, dans toutes ces observations, l'épididyme fut soit primitivement soit exclusivement atteint par la tuberculose.

Celle-ci évolue d'une façon insidieuse, demande à être recherchée et est compatible avec un assez bon état général. A côté de cette forme chronique, nous signalons la forme à allure primitivement aiguë, la forme consécutive à la tuberculose péritonéale.

Chez les six enfants observés, la tuberculose a toujours débuté par l'épididyme, au niveau de la queue, mais dans l'observation II, elle remonte dans le cordon, jusqu'au trajet inguinal; dans l'observation III, la vésicule et la prostate du côté correspondant sont tuméfiées et douloureuses; dans l'observation IV, un abcès se formé dans la prostate, se vide dans l'urètre et, à la même époque, débute une tuberculose épididymaire du côté opposé. Lorsque le testicule a été trouvé intéressé, l'évolution des lésions nous a appris qu'il l'avait été secondairement.

Il existe souvent de l'hydrocèle, d'où possibilité d'une erreur de diagnostic si l'examen est rapide.

Dans cinq de nos observations la suppuration se produisit, mais les lésions peuvent subir la transformation fibreuse.

Il existe des différences entre l'épididymite tuberculeuse de l'enfant et celle de l'adulte. Les lésions semblent s'installer et évoluer rapidement, tout en restant circonscrites. L'envahissement de l'appareil séminal (vésicule, prostate) est excessivement rare et ces lésions évoluent dans l'ombre, rétrocédant parallèlement aux lésions épididymaires ou pouvant aboutir à la suppuration.

L'affection, en tant que *lésion primitive*, présente une bénignité pronostique évidente, due à la résistance de l'organisme atteint.

Au contraire, la tuberculose épididymo-testiculaire *secondaire* est beaucoup plus sérieuse et son pronostic est en rapport avec la gravité et la multiplicité des foyers déjà existants (Obs. VI).

Au point de vue local, au début, nous avons employé la compression ouatée et l'immobilisation des bourses; à la période d'abcès ou de fistule, l'ignipuncture plus ou moins profonde et l'extirpation, dans certains cas, des masses caséeuses à la curette. Les résultats ont été très bons, en général; dans un cas, récidive des lésions dans un foyer scléreux (Obs. II).

La castration ne sera jamais pratiquée dans le cas de tuberculose épididymaire infantile. En admettant même que l'épididyme soit détruit partiellement et le canal déférent oblitéré, on ne doit pas détruire la glande qui conserve sa fonction de sécrétion interne.

Hypertrophie compensatrice du testicule sain : symptôme de l'ectopie haute. — *Bull. de la Soc. de gynécol., d'obstétr. et de pédiatr. de Bordeaux*, 9 juin 1903.

Considérations sur le traitement chirurgical de l'ectopie inguinale. Nouvelle technique opératoire basée sur l'extension élastique du testicule, la funiculopexie inguinale et la dissociation du cordon. — *Bull. de la Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux*, 15 janv. 1906.

Notre travail, antérieur au Congrès de chirurgie de 1909 où fut traité de façon si magistrale la question de l'ectopie testiculaire et de ses complications par Villard et Souligoux, se compose de deux parties : dans la première, nous faisons un exposé aussi complet que possible des différents procédés qui ont été préconisés contre cette malformation; dans la seconde, nous décrivons une technique qui nous a donné de bons résultats.

I. — L'opération sanglante de l'ectopie testiculaire se compose de deux temps : la mobilisation du testicule et sa fixation.

1° Le premier temps comprend : la dissection du cordon, la libération des adhérences musculaires et fibreuses aux parois inguinales, la dissociation du cordon, c'est-à-dire la destruction des tractus fibreux contenus dans l'intérieur même de celui-ci et qui font obstacle à son allongement.

Lucas-Championnière et Mignon sont allés plus loin; ils ont sectionné les vaisseaux spermatiques et les nerfs; le premier gardant toutefois l'artère spermatique ou la déférentielle à côté du canal déférent.

Bidwell et Wood, le premier en séparant la queue de l'épididyme d'avec le cordon, le second la queue de l'épididyme d'avec le pôle inférieur du testicule, ont voulu parer au raccourcissement du cordon.

Actuellement, tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître l'importance de la résection du canal vagino-péritonéal dans l'abaissement du testicule.

2° Une fois descendu dans le scrotum, il faut fixer l'organe.

a) Les uns fixent le testicule dans sa loge. L'orchidopexie scrotale employée isolément est une opération insuffisante et illusoire. Gasparini, Bérard, Sebilleau ont décrit des procédés spéciaux. Un des meilleurs est celui de Kirmisson. Villemin et Mauclaire ont fixé le testicule ectopié au testicule normalement descendu l'un en laissant les deux vaginales intactes, l'autre en avivant les surfaces internes des albuginées.

b) Walther place le testicule ectopié dans la loge de son congénère.

c) La funiculopexie ou fixation du cordon spermatique a été faite, pour la première fois, aux piliers inguinaux par Tuffier en 1890, et au pubis d'une part et à l'aponévrose des adducteurs de l'autre par Bayer, Peyrot et Souligoux.

d) La fixation testiculaire peut se faire soit directement à la cuisse, soit à l'aide d'un lambeau périnéal ou crural.

e) L'extension testiculaire au moyen d'un fil élastique (Tuffier, Bidwell, Lanz) ou non (Watson, Cheyne, Annandale, Imbert), fixé soit sur la cuisse, soit sur un appareil métallique, a pour but de conserver et même d'augmenter l'abaissement du testicule.

Certains auteurs ont employé des méthodes mixtes en combinant ces divers modes de fixation.

II. — Notre technique opératoire qui primitivement consistait dans la combinaison de la funiculopexie inguinale et de l'extension élastique testiculaire au moyen d'un tube de caoutchouc fixé à la cuisse, comprend actuellement les temps suivants :

A) *Réduction de l'ectopie.*

1° Incision au niveau du trajet inguinal.

2° Résection du canal vagino-péritonéal aussi large que possible.

3° Isolement et dissociation du cordon; descente du testicule.

B) *Maintien de la réduction.*

1° Transplantation du testicule après préparation spéciale de la bourse correspondante.

2° Fermeture du canal inguinal en 2 plans en avant du cordon.

3° Extension élastique et continue du testicule; un crin de Florence fixe le pôle inférieur du testicule au fond du scotum et les bouts libres sont fixés à la peau de la face interne de la cuisse.

L'extension testiculaire empêche la rétraction du cordon et augmente la capacité de la bourse en la forçant à s'adapter à son nouvel hôte. Ce procédé s'applique à l'ectopie inguinale en général; mais il sera plutôt indiqué et donnera les meilleurs résultats dans les cas où la mobilisation de la glande aura présenté des difficultés et où, de ce fait, le maintien de la réduction exigera le plus de soins.

En matière de malformation congénitale, l'idéal du chirurgien doit être de rechercher non point une transposition, mais une véritable réduction anatomique de l'organe. C'est pour cette raison que l'on doit s'appliquer à fixer l'appareil testiculaire dans sa loge et à ses parois.

A propos du traitement chirurgical de l'ectopie testiculaire chez l'enfant. — *Gaz. hebdom. des sciences méd. de Bordeaux,* 22 avril 1906.

Lymphangiome kystique du scrotum. — Soc. de gynécol., d'obstrét. et de pédiatr. de Paris, mai 1910.

Il s'agit là d'une localisation extrêmement rare, car, d'après nos recherches bibliographiques, notre observation constituait à cette date le deuxième cas avec examen anatomo-pathologique à l'appui. Le premier appartient en effet à M. le Prof. Gaudier (*Ann. des mal. des organes génito-urinaires,* 15 mars 1904).

Au point de vue microscopique, la tumeur était surtout constituée par trois grands kystes; au point de vue histologique, il s'agissait nettement d'un lymphangiome dont la trame conjonctive contenait de nombreux et volumineux vaisseaux expliquant les extravasations intra-kystiques et les infiltrations interstitielles par rupture vasculaire.

Tumeur du testicule (rhabdomyome) chez un enfant de vingt et un mois. — (En collaboration avec MM. les Drs Sabrazès, Peyron, Jeanneney.) — *Bull. de l'Assoc. franç. pour l'étude du cancer*, avril 1923.

Les tumeurs du testicule sont exceptionnelles chez l'enfant. Notre cas représente un remarquable type de rhabdomyome pur sans association de tissus mixtes. On y note des myocytes, des myoblastes, des fibrilles striées caractéristiques et des aspects de différenciation pseudo-myxomateux et pseudo-sarcomateux. La présence de vaisseaux sans parois propres et la constatation d'embolies veineuses néoplasiques soulèvent la question de la malignité histologique de ces tumeurs, cliniquement considérées comme bénignes. La guérison se maintient depuis septembre 1922.

Torsion congénitale de la verge accompagnée d'autres malformations des organes génitaux : valvule urétrale, atrophie du testicule droit. — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 3 juin 1906.

Torsion congénitale du pénis; étude anatomo-clinique et pathogénique. Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 17 janv. 1910 (17 figures).

Notre travail est basé sur 11 observations personnelles et sur 8 appartenant à la littérature médicale. La torsion congénitale est caractérisée par une rotation du pénis sur son axe longitudinal en avant de sa racine, point fixe. A première vue, elle est indiquée par la direction du méat; elle est plus ou moins prononcée, mais se fait toujours dans le même sens, dans le demi-cadran gauche de VI à XII si l'on compare le méat à l'aiguille et la couronne du gland au cadran de la montre.

Les torsions les plus fréquentes sont celles à méat transversal; dans les torsions à I ou XII, il y a inversion complète des rapports du gland.

Mais ce qu'il est important de noter, c'est que la torsion de la verge n'est pas simplement due, comme le croyait Verneuil, au déplacement isolé de l'urètre, contournant en spirale la face latérale du corps caverneux gauche; la torsion est totale et intéresse simultanément le corps caverneux et l'urètre qui, en tout point de leur trajet, présentent les mêmes rapports. Quel que soit le degré de la torsion, l'urètre vient toujours se placer au-dessous des corps caverneux, au niveau de l'angle pénoscrotal.

La torsion du pénis se présente soit à l'état de malformation isolée, soit associée à d'autres malformations en général atténuées portant tantôt séparément, tantôt simultanément, sur le prépuce, le gland et l'urètre balanique.

Certains sujets présentaient en même temps des malformations congénitales soit testiculaires, soit des membres.

Parmi les troubles fonctionnels déteminés par la torsion du pénis, nous citerons surtout la déviation du jet de l'urine et dans l'observation III, l'exagération de la torsion sous l'influence de la force de projection de l'urine.

Au point de vue pathogénique, nous attribuons la torsion congénitale, à la direction oblique, à *l'ectopie latérale de la lame urétrale* qui pourra soit se développer parfaitement (torsion avec urètre normal) soit présenter une anomalie de développement concomitante (valvule urétrale, hypospadias).

Palmature de la verge. — Soc. anat.-clin. de Bordeaux, 14 avril 1913.

Sur un cas d'épispadias péno-pubien. — (En collaboration avec M. le Dr Ayguesparsse.) — Soc. anat.-clin., 6 oct. 1913. (*Fig.* 18.)

Exstrophie de la vessie chez un nouveau-né. — Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 17 mars 1922.

Sur un cas d'hypospadias traité par le procédé de Beck von Hacker. — (En collaboration avec M. le Dr Aubertin.) — Soc. anat.-clin., 26 juin 1922.

Hypospadias pénien antérieur, traité par la méthode de Beck von Hacker. — (En collaboration avec M. le Dr Dufour.) — Soc. de méd. et de chir., 16 nov. 1923.



Fig. 18.

Hypoplasie de l'urètre pénien réduit à un tube épithélial. — (En collaboration avec Mlle Valette.) — Soc. anat.-clin. de Bordeaux, 14 janv. 1924.

Épingle retirée de l'urètre d'un enfant de huit ans par l'urétrotomie externe. — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 2 avril 1906.

Prolapsus urétral. — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 21 avril 1901.

Prolapsus traumatique de la partie inférieure de l'intestin grêle après perforation du cul-de-sac vaginal postérieur chez un enfant de six ans. — Soc. de pédiatrie de Paris, 18 janv. 1921.

Les hernies de la trompe et de l'ovaire chez le nourrisson. — Soc. de gyn. et d'obst. de Bordeaux; mai 1923.

Transplantation pénienne des uretères et cystectomie extra-péritonéale dans l'exstrophie vésicale. — (En collaboration avec M. le Dr Lasserre.) — *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1920, p. 518, 526.

Anus vulvaire, cloisonnement du vagin avec bifidité du col utérin. Communication congénitale inter-urétro-rectale, absence d'accolement de tout le mésocôlon. — Soc. anat.-clin. de Bordeaux, 19 janv. 1920.

V. — MEMBRE SUPÉRIEUR

a) CHIRURGIE.

Carie sèche de l'épaule chez un enfant de neuf ans; résection atypique, plombage au mélange de Mosety-Moorhof. Guérison rapide. — *Journ. de méd. de Bordeaux*, 24 sept. 1911.



FIG. 19.

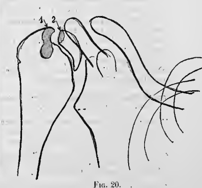


FIG. 20.

Carie sèche de l'épaule. Résection atypique. Plombage de Mosetig-Moorof. Résultat éloigné de dix ans. — Soc. anat.-clin. de Bordeaux, 5 déc. 1921. (*Fig. 19 et 20.*)

A propos de deux nouveaux cas de scapulalgie : a) Forme fongueuse; b) Carie sèche traitées par la résection de l'extrémité supérieure de l'humérus et synovectomie. Guérison.

Deux nouveaux cas qui prouvent les résultats merveilleux que donne la chirurgie dans certaines tuberculoses ostéo-articulaires fermées à condition que l'exérèse des lésions soit complète et pratiquée avec une stricte asepsie.

Les guérisons sont stables, rapides et ne laissent rien à désirer au point de vue fonctionnel.

Sarcome volumineux de l'omoplate traité par la désarticulation intra-scapulo-thoracique. — (En collaboration avec MM. les Drs Lasserre et Mathey-Cornat.) — Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 23 nov. 1923.

Volumineux sarcome à point de départ central, ayant envahi surtout la fosse sous-scapulaire, respectant l'articulation scapulo-humérale. Cette enfant de treize ans récidive actuellement, au bout de huit mois, dans sa cavité orbitaire.

Sarcome central à myéloplaxes de l'extrémité externe de la clavicule. Résection du tiers externe de la clavicule. — (En collaboration avec M. le Dr Bonnard.) — Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 11 janv. 1924.

Fracture de l'humérus droit au tiers inférieur. Ostéosynthèse par le procédé de Lambotte. Résultat anatomique parfait. Paralysie radiale partielle et passagère due à la compression du nerf par le cal. — *Jour. de méd. de Bordeaux*, 10 mars 1912.

L'intervention chirurgicale fut entreprise que le 24e jour après deux tentatives infructueuses de réduction sous anesthésie. Il existait un chevauchement de quatre centimètres, et c'est devant la difficulté de la contention que nous avons donné la préférence à l'ostéosynthèse, par le fixateur de Lambotte. Dans les ostéosynthèses retardées, l'intervention doit comprendre, parmi ces temps essentiels, l'ablation de tout ce qui est l'ancien cal, absolument inutile à la nouvelle consolidation des fragments.

Appareillage spécial pour fracture obstétricale de l'humérus. — Soc. de méd. et de chir., 13 janv. 1922.

Fracture intra-deltoïdienne de l'humérus droit. Ostéosynthèse par le procédé de Lambotte. Résultats anatomique et fonctionnel parfaits. — *Journ. de méd. de Bordeaux*, 31 mars 1912.

Fracture intra-deltoïdienne de l'humérus gauche, chez un enfant de six ans (ostéosynthèse par agrafe de Dujarier). — Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 9 février 1923.

Large traumatisme du bras avec section des vaisseaux huméraux et des nerfs médian et cubital. Autoplastie à l'italienne. — Soc. anat.-clin., 20 déc. 1920.

Ostéomyélite traumatique bipolaire de l'humérus à évolution atypique intervention; guérison. — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux 23 juill. 1906.

Volumineux angiome caverneux de la face postérieure du coude. — (En collaboration avec M. le Dr Dufour.) — 19 nov. 1923.

Fracture ancienne du condyle de l'humérus. Cubitus varus. — Soc. anat.-clin. de Bordeaux, 22 août 1910.

Section du nerf cubital au niveau du coude; suture tardive et transposition du nerf suturé. Greffe aponévrotique libre pour réfection du tendon du triceps. — (En collaboration avec M. le Dr Hesnard.) — Soc. de méd. et de chir., 23 juin 1922.

Décollement traumatique de l'épiphyse radiale supérieure. — Soc. anat.-clin., 10 juin 1912.

Fracture ancienne du condyle externe de l'humérus droit avec énucléation sans troubles fonctionnels. — (En collaboration avec M[lle] le D[r] Vallette.) — Soc. Anat.-clin. de Bordeaux, 14 janv. 1924.

Luxation en dehors du coude, chez un garçon de quatorze ans. Réduction sous contrôle des rayons X. Mobilisation au deuxième jour. — (En collaboration avec M. le D[r] Magnant.) — Soc. anat.-clin., 6 déc. 1920.

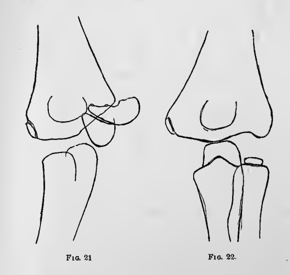


Fig. 21 Fig. 22.

A propos de 4 cas de fracture du condyle externe huméral. Reposition ou extirpation. — *Rev. d'orthopédie*, mai 1923 *(Fig. 21, 22, 23, 24).*

Après étude des différentes variétés de fractures du condyle externe, j'étudie l'intervention sanglante dans ces fractures. Sur 22 opérations (4 personnelles), 10 fois le condyle a été extirpé, 5 fois il fut simplement reposé, 7 fois une ostéosynthèse fut pratiquée. L'extirpation est l'opération de choix quand le condyle est énucléé et l'opération tardive; la reposition sanglante est à con-

seiller comme opération primitive. Une bonne immobilisation dispensera d'ostéosynthèse. Notre élève Radakovitch a développé ces idées dans sa thèse.

Tuberculose diaphysaire des deux radius chez une fillette de trois ans. — Soc. anat-clin. de Bordeaux, 15 avril 1912. (*Fig. 28.*)

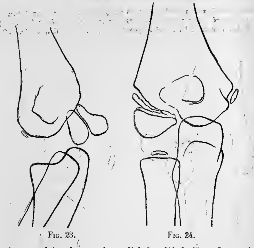


Fig. 23. Fig. 24.

Hernie musculaire du premier radial du côté droit. — Soc. anat.-clin., 21 août 1921.

Fracture à la partie moyenne du cubitus, avec luxation de la tête radiale, chez un bébé de vingt-huit mois. — Soc. anat.-clin. de Bordeaux, 9 fév. 1914.

Coup de feu de l'avant-bras gauche avec phlegmon gazeux. Esquillectomie, suture secondaire et autoplastie à l'italienne. Guérison. — (En collaboration avec M. le Dr Ch. Lasserre.) — Soc. anat.-clin., 20 déc. 1920.

Décollement épiphysaire symétrique de l'extrémité inférieure des os de l'avant-bras, dû à l'hérédo-syphilis. Pseudo-paralysie syphilitique de Parrot. — Soc. anat.-clin. 10 juin 1912. (*Fig. 25.*)

Décollement épiphysaire inférieur du radius avec fracture au tiers inférieur de la diaphyse cubitale. (En collaboration avec M. le Dr Massé.)

Angiome caverneux de la face dorsale du poignet. — En collaboration avec le Dr Guyot.) — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 11 mars 1902.

A propos des traumatismes fermés du poignet. — Congrès de chirurgie français, 1919.

Considérations d'après notre expérience portant sur sept cas de fracture du scaphoïde, soit isolée, soit associée. Fréquence des décollements épiphysaires chez l'enfant et nécessité du diagnostic radiographique. Exposé d'un cas rare de luxation trapézo-scaphoïdienne dorsale chez une fillette de douze ans, traitée par scaphoïdectomie; guérison.

Décollement de l'extrémité inférieure du radius et du cubitus par retour de manivelle d'automobile, chez un garçon de quatorze ans et demi. — Soc. anat.-clin., 11 déc. 1922. *(Fig. 26).*

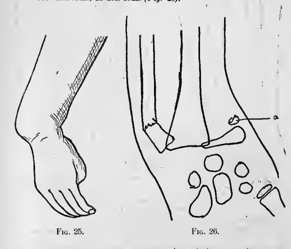


Fig. 25. Fig. 26.

Décollement de l'épiphyse inférieure du radius droit et fracture du tiers inférieur du cubitus droit. — Soc. de pédiatrie, 19 avril 1921.

Section au poignet des tendons fléchisseurs superficiels et profonds des quatre derniers doigts; section du nerf médian; sutures; guérison; résultat fonctionnel parfait. — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 17 fév. 1908.

Les plaies des tendons fléchisseurs des doigts, qu'elles siègent au niveau du poignet, de la paume de la main ou des doigts, et surtout lorsque les sections sont multiples, constituent de graves traumatismes. Ces observations de deux enfants que nous avons opérés constituent un résultat tel qu'en examinant leurs mains, en détaillant les différents mouvements des doigts, en comparant la force musculaire d'un côté et de l'autre, il est impossible

de savoir quel fut jadis le côté lésé, à moins de rechercher la cicatrice, du reste peu visible.

A cette occasion, nous exposons ce que doit être la chirurgie tendineuse dans les cas de plaies récentes.

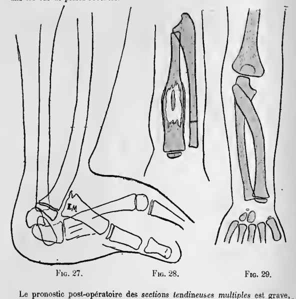


Fig. 27. Fig. 28. Fig. 29.

Le pronostic post-opératoire des *sections tendineuses multiples* est grave, particulièrement au poignet. « En général, dit Delbet, tous les tendons se prennent en un bloc fibreux, adhérent lui-même aux parois du canal carpien, et comme il faut une grande course pour fléchir les doigts, le résultat est en général très médiocre. »

Luxation latérale externe ancienne du coude. Hemiresection humérale, interposition aponévrotique libre du fascia lata (Opération de Putti). — (Soc. anatomo-clinique de Bordeaux, 1er et 29 décembre 1919).

Luxation ancienne (énucléation) du semilunaire. Extirpation sous anesthésie locale à la cocaïne. — (Soc. anatomo-clin. de Bordeaux, 26 avril 1920).

Ostéomyélite aiguë du médius gauche. Élimination de la presque-totalité de la phalange. — Soc. anat.-clin., 4 déc. 1911.

Un cas de pouce surnuméraire. — (En collaboration avec M. le Dr Danton.) — Soc. anat.-clin. de Bordeaux, 17 oct. 1910.

Polydactylie symétrique. — Soc. anat.-clin., 21 août 1911.

Amputations et sillons congénitaux. — (En collaboration avec M. le Dr Villar.) — Soc. anat.-clin. de Bordeaux, 15 déc. 1913.

Mutilation des deux mains par brides amniotiques. — (En collaboration avec Mlle le Dr Valette.) — Soc. anat-clin., 14 janv. 1924.

Sur un cas de main bote tala par rétraction cicatricielle. — (En collaboration avec M. le Dr Aubertin.) — Soc. anat.-clin. de Bordeaux, 20 nov. 1922. (*Fig.* 27).

Polydactylie et syndactylie. — (En collaboration avec M. Rabère.) — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 16 mai 1904.

Paralysie hystéro-traumatique de la main chez une fillette de onze ans. — (En collaboration avec M. le Dr Lasserre.) — Soc. anat.-clin., 27 nov. 1922.

Luxation métacarpo-phalangienne de l'index gauche en avant. — *Journ. de méd. de Bordeaux*, 20 août 1911.

Réinsertion du tendon extenseur du médius sur la phalangine. — Soc. de méd. et de chir., 24 juin 1921.

Greffe italienne en portefeuille pour réfection des téguments palmaires des deux doigts. — Soc. de méd. et de chir., 27 mai 1921.

Greffe à renversements successifs pour cure autoplastique d'une cicatrice vicieuse de la main par brûlures. — Soc. de méd. et de chir., de Bordeaux, 13 mai 1924.

b) ORTHOPÉDIE.

A propos d'un cas de luxation congénitale postérieure de l'épaule droite associée à une élévation congénitale de l'omoplate. — *Arch. de méd. des enfants*, 1918.

L'intérêt clinique réside dans la superposition de ces deux malformations et nous donne l'occasion d'un aperçu sur les luxations congénitales de l'épaule en général.

L'arthrodèse de l'épaule dans le traitement de l'épaule ballante paralytique. — *Rev. d'orthopédie*, mai 1924. (*Fig.* 30 et 31.)

Après avoir rappelé les derniers travaux, décrit l'aspect clinique de l'épaule ballante paralytique, fait l'exposé analytique des techniques opératoires d'arthrodèse de l'épaule, me basant sur des recherches anatomiques, j'expose la technique (arthrodèse pure sans ostéosynthèse, sans enchevillement, sans suspension), qu'à ce jour j'ai employée quatre fois et qui me paraît égale, sinon supérieure à toutes celles qui ont été publiées, à condition d'assu-

rer d'une façon parfaite une immobilisation correcte de l'articulation et suffisante comme durée (trois mois). Je termine par les indications de l'arthrodèse.

Amputation congénitale de l'avant-bras au tiers supérieur. — (En collaboration avec M. le Dr Masse.) — Soc. anat.-clin. ,13 fév. 1922. (*Fig.* 32.)



Fig. 30.

Le mouvement d'abduction est parfait grâce à l'arthrodèse scapulo-humérale. — Notez la fusion osseuse sur la radiographie.



Fig. 31.

Syndrome de Wolkmann compliqué de névrite du médian et du cubital. — Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 18 janv. 1924.)

Ectrodactylie et atrophie segmentaire de l'avant-bras. — (En collaboration avec M. le Dr Dufour.) — Soc. anat.-clin., 18 juin 1923. (*Fig.* 33.)

Main bote gauche radiopalmaire avec lésions atrophiques de tout le membre. — Soc. de gynécol., d obstétr. et de pédiatr. de Bordeaux, 18 févr. 1906.

Raideurs articulaires congénitales multiples (6 figures. 30 observations). — (Mémoire présenté à la Société anatomo-clinique de Bordeaux, 7 juillet 1913.) — *Journ. de méd. de Bordeaux*, 30 nov. 1913. (*Fig. a* et *b*.)

Après celui de Redard (1892), ce travail constitue une étude complète de cette dysplasie systématisée au système articulaire. Raideur articulaire ne doit pas être confondue avec contracture congénitale, ni étiquetée comme telle. Quatre observations personnelles y sont présentées.

J'étudie au point de vue clinique les différents types. Lorsque les quatre membres sont fixés en extension, les enfants ressemblent à des poupées en bois (en ce cas, ils sont souvent nés par le siège et ont les membres inférieurs



Fig. *a*.



Fig. *b*.

relevés et appliqués contre le tronc), mais la raideur des genoux et des membres supérieurs, parfois des hanches, est définitive. Fréquemment les enfants sont porteurs de pieds bots et de mains botes, les genoux raides sont en flexion ou en extension. Les groupes musculaires actionnant ces articulations sont très atrophiés, parfois absents partiellement. Il existe du côté de la peau de ces articulations de petites dépressions cupuliformes, stigmates de compression (Denucé).

Il est curieux de voir l'adaptation de ces sujets à leur infirmité.

Au point de vue pathogénique, ces raideurs semblent relever d'une compression anormale subie par le fœtus pendant son développement. Mais dans les raideurs multiples, il faut peut-être invoquer un défaut du germe : *dysplasie systématisée*.

Un chapitre de diagnostic et de traitement termine cette étude.

Clinodactylie symétrique et hématome du sterno-cléido-mastoïdien gauche. — Soc. d'obstétr., gynécol. et péd. de Bordeaux, 14 déc. 1909.

Atrophie du membre supérieur droit. Syndactylie et clinodactylie. — (En collaboration avec M. le Dr Masse.) — Soc. anat.-clin., 15 mai 1922.

Microkeirie (atrophie de la main et syndactylie) et luxation congénitale de la hanche gauche. — Soc. méd. de Bordeaux, 4 janv. 1924.



Fig. 32.

Ce garçon, muni d'un appareil porte-outil, travaille la terre. Son moignon développe une force énorme. La prosupination qu'il possède pourrait être utilisée par un appareillage plus complexe ou cinématisation.



Fig. 33.

Amputations digitales et sillons congénitaux par brides amniotiques. — Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 18 mars 1921.

Pronation congénitale par dysplasie articulaire radio-cubitale. Considération sur les raideurs articulaires congénitales. — *Journ. de méd. de Bordeaux*, 17 nov. 1912. (*Fig.* 29.)

Le syndrome raideur congénitale se trouve associé aux articulations botes (pied bot, genou bot), mais il peut exister sur une articulation dont la forme n'est pas modifiée. En ce cas, les troubles dysplasiques ne portent pas seulement sur l'article, mais sur les muscles avoisinants et sur le squelette. Les téguments eux-mêmes présentent en certain point, à la surface de l'articulation,

des stigmates de compression. Le degré le plus élevé de la dysplasie articulaire est l'ankylose congénitale réalisée notamment par la pronation congénitale. L'intervention, dans ce dernier cas, est commandée par la gêne fonctionnelle. Mais nombre d'enfants s'accommodent parfaitement de cette malfaçon et de la perte des mouvements de supination.

Pronation congénitale par dysplasie articulaire radio-cubitale supérieure et malformation de l'extrémité supérieure du radius. Synostose radio-cubitale supérieure. — Soc. anat.-clin., 25 nov. 1912.

Synostose congénitale radio-cubitale supérieure double. — Soc. anat.-clin., 15 nov. 1920.

Malformations congénitales multiples : 1° Luxation en arrière des deux radius; 2° Subluxation congénitale des deux hanches; 3° Pied plat talus valgus; 4° Hallux valgus. — Soc. de gynécol., d'obstétr. et de pédiatr. de Bordeaux, 7 juill. 1903.

Ces malformations ont été étudiées soit par dissection, soit par radiographie. Dans chacune d'elles, nous avons étudié le problème de la prothèse. En cette matière, nous estimons que le chirurgien orthopédiste doit lui-même concevoir l'appareillage, car seul il peut apprécier les déficiences fonctionnelles articulaires et musculaires. Le moyen d'y pallier par une force mécanique doit alors résulter d'une consultation avec le fabricant orthopédiste. Enfin la chirurgie orthopédiste doit être économe et prudente au membre supérieur et à la main, car il se produit des adaptations merveilleuses.

VI. — MEMBRE INFERIEUR

a) CHIRURGIE.

Ostéomyélite aiguë du pubis.— *Gaz. hebdom. des sciences méd. de Bordeaux*, 14 janv. 1906.

A l'occasion d'une observation d'ostéomyélite aiguë de la branche ischio pubienne survenue chez une jeune fille de treize ans que nous avons opérée avec le plus heureux résultat, nous etudions dans ce travail l'ostéomyélite du pubis. C'est une localisation rare, puisqu'il n'existait à cette époque que quelques observations dues à Demoulin, à Girard; les autres sont contenues dans le mémoire de Secheyron.

Le développement du bassin aux dépens des trois points primitifs d'ossification qui ne se soudent qu'après la puberté, l'apparition de points complémentaires au niveau du pubis (point de l'épine, point épiphysaire de l'angle, épiphyse marginale du bord inférieur de l'os) dont les zones d'ossification sont encore en activité jusqu'à l'âge de vingt à vingt-quatre ans, nous expli-

quent bien qu'on ait divisé les ostéomyélites du pubis en prépubertique, pubertique et postpubertique.

Au point de vue anatomo-pathologique, les lésions sont variables : tantôt localisées à la branche ischio-pubienne et plus souvent à la branche descendante du pubis, tantôt au corps du pubis, tantôt s'étendant à tout le pubis (corps et branches).

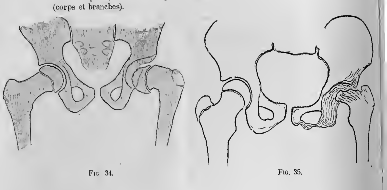


Fig 34. Fig. 35.

Ces lésions peuvent être plus ou moins profondes. Soit celles-ci n'intéressent que le périoste et les couches superficielles de l'os, déterminant comme dans notre cas la production d'un mince séquestre en lame, soit la nécrose s'étend à une partie plus ou moins étendue du pubis. Des séquestres s'invaginent au milieu des couches osseuses de nouvelle formation, entretenant une suppuration chronique (ostéomyélite prolongée), ils peuvent même être éliminés dans la vessie (Ollier, Busch, Zwicke) et devenir le centre d'une formation calculeuse.

Au point de vue clinique, nous envisageons successivement la forme suraiguë, la forme atténuée, chronique d'emblée dont Demoulin a rapporté un exemple.

L'examen devra toujours être complété par le toucher rectal et vaginal, car l'abcès peut être uniquement pelvien ou présenter un prolongement à la face interne du bassin qui ne serait pas diagnosticable sans lui.

Au point de vue du diagnostic, les auteurs signalent comme erreur possible l'abcès de la cavité de Retzius. A ce sujet, Demoulin dit : « Il paraît bien probable que certains abcès de la cavité de Retzius sont des ostéomyélites du pubis méconnues. »

Plus difficile sera le diagnostic différentiel entre la tuberculose du pubis et certaines formes d'ostéomyélite chronique fistulisée ou d'ostéomyélite atténuée.

Le traitement devra être institué d'urgence et consistera dans l'incision jusqu'à l'os des parties molles, dans l'évacuation du pus accumulé entre lui et le périoste, dans la trépanation du pubis et même dans la résection d'une portion de l'os dans le cas d'abcès pelvien, de manière à faciliter le drainage.

Disjonction de l'articulation sacro-iliaque. — (En collaboration avec M. le Dr Boisserie-Lacroix.) — Soc. anat.-clin., 15 sept. 1913.

Cette lésion est survenue chez un enfant de neuf ans, du fait du passage sur son corps d'une voiture à deux roues. La radiographie montre une déhiscence nette de l'interligne articulaire sacro-iliaque. Traité par l'immobilisation en décubitus dorsal et un bandage serré autour du bassin. La guérison est complète au bout de deux mois.

Ostéomyélite aiguë simultanée de la hanche et de la branche ischio-pubienne du côté droit, chez une fille de douze ans. Guérison. — Soc. anat.-clin., 19 mars 1923. (*Fig. 35.*)

Ostéomyélite atténuée de l'os iliaque gauche (ostéo-périostite albumineuse à staphylocoques. — (En collaboration avec M. le Dr Dufour.) — Soc. anat.-clin., 28 avril 1923.

Décollement épipbysaire de la tête du fémur. — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 21 avril 1901.

Ce décollement épiphysaire a été probablement favorisé par des troubles congestifs se passant du côté du cartilage de conjugaison. L'enfant, âgé de quatorze ans, accusait depuis quinze jours des douleurs de croissance dans la hanche.

Ostéomyélite du nouveau-né. — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 28 sept. 1903.

Ostéomyélite aiguë du col du fémur; interventions; guérison. — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 19 sept. 1904.

Il s'agit d'une enfant de quatorze ans que nous opérâmes, avec M. le Prof. Piéchaud, au treizième jour d'une ostéomyélite de l'extrémité supérieure du fémur : résection de la tête fémorale par voie postérieure.

Deux ans après l'intervention, la néo-articulation possède une mobilité presque égale à celle de la hanche saine.

Le raccourcissement de 5 centimètres est compensé par un soulier surélevé.

Cette observation est l'occasion pour nous d'insister sur l'importance de la résection de la hanche, mais il faut également savoir que celle-ci ne peut avoir la prétention d'être une intervention radicale, de dépasser le territoire des lésions osseuses et que, dans certains cas, on sera obligé de retoucher l'extrémité fémorale pour la débarrasser complètement des séquelles d'ostéite.

Subluxation de la hanche consécutive à une fracture du sourcil cotyloïdien chez un enfant de treize ans. Considérations diagnostiques : subluxation congénitale ou traumatique. — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 12 fév. 1906.

Le signe de la clef dans la coxalgie au début. — Congrès de Chirurgie français, 1912.

Fracture simultanée des deux cols fémoraux. Coxa vara trochantérienne double. Redressement non sanglant. Restitution ad integrum pour la hanche droite. Coxa vara à 90 degrés à gauche compliquée secondairement de coxa vara cervicale. — *Journ. de méd. de Bordeaux*, 2 fév. 1913. (*Fig. 34* et *36*.)

Les radiographies successives prises après le traitement prouvent le redressement progressif obtenu complet et parfait, pour le col fémoral droit, partiel



Fig. 36.

Le mouvement d'abduction est par son amplitude le critérium de la restitution de l'angle d'inclinaison.



Fig. 37.

pour le col gauche. Mais le point intéressant est la révélation d'une coxa vara cervicale greffée secondairement sur une coxa vara trochantérienne traumatique, et qui peut s'expliquer tout autant par les troubles trophiques d'ostéite raréfiante, au voisinage du foyer traumatique, que par les conditions statiques de la hanche, devenues défectueuses par les changements de rapports de direction de la tête fémorale, vis-à-vis de la cavité cotyloïde. Ce jeune homme, actuellement, jouit de l'usage parfait de ses deux articulations. L'articulation droite est normale; l'articulation gauche présente une coxa vara à 90 degrés (Examen de radiographie, 1923).

Luxation pathologique de la hanche, survenue au décours d'une fièvre para-typhoïde. — Soc. anat.-clin., 11 avril 1921.

Ostéomyélite du col du fémur traité par l'arthrotomie et la vaccinothérapie. — Soc. de méd. et de chir., 2 juin 1922.

Coxalgie à forme synoviale avec allongement fémorale de 2 centimètres. — (En collaboration avec M. le Dr Dufour.) — Soc. anat.-clin., 25 juin 1923.

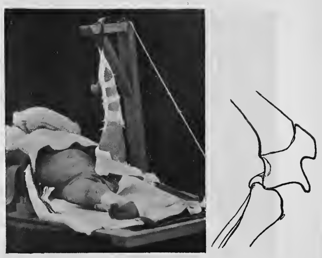


Fig. 38. Fig. 39. Fig. 40.

A propos d'un cas d'ostéomyélite aiguë streptococcique à foyers multiples. — *Gaz. hebdom. des sciences méd. de Bordeaux*, 21 oct. 1906.

Il s'agit d'un enfant de dix ans, qui fit quatre foyers d'infection ostéomyélitique (extrémité inférieure du fémur, maxilliaire inférieur, 9e côte droite, malléole péronière droite) et une parotidite infectieuse d'origine streptococcique.

A l'occasion de ce cas, nous étudions dans ce travail deux points particuliers concernant l'histoire de l'ostéomyélite des adolescents : 1° la multiplicité de l'infection osseuse; 2° l'infection streptococcique dans l'ostéomyélite.

Fracture diaphysaire du fémur gauche, avec déplacement. Traitement par la méthode non sanglante. Excellent résultat. — (En collaboration avec M. le Dr Brau-Tapie.) — Soc. anat.-clin., 27 nov. 1911.

Fracture de cuisse à l'union des deux tiers supérieur et moyen; ostéosynthèse par le procédé de Lambotte. Guérison. — Soc. anat.-clin. de Bordeaux, 12 fév. 1912.

Actinomycose de la cuisse gauche consécutive à une fracture du fémur et simulant des lésions d'ostéomyélite chronique. — Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 2 déc. 1921; Soc. anat.-clin., 10 janv. 1921.

Appareil spécial pour fracture du fémur chez le nouveau-né. — Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 27 mai 1921.

Le traitemsnt des fractures obstétricales du fémur. Appareillage portatif à extension verticale. — *Journ. de méd. de Bordeaux*, 10 mai 1922. (*Fig.* 39.)

Fracture obstétricale du fémur gauche à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen avec groe déplacement. Guérison au moyen d'un dispositif spécial d'extension. L'extension longitudinale verticale aesociée à une extension perpendiculaire sur le fragment supérieur. — Soc. de gyn. et d'obst. de Bordeaux, 1921.

Ostéomyélite de la rotule. Arthrits suppurée du genou. Patellsctomie. — (En collaboration avec M. le Dr Aubertin.) — Soc. de méd. et de chir., 1er déc. 1922.

Ostéomyélite de la rotule : statistique de 51 cas. — Soc. anat. clin. de Bordeaux, 2 juill. 1923.

L'ostéomyélite primitive de la rotule, affection rare, se manifeste surtout entre cinq et quinze ans, plus fréquemment chez les garçons (37 fois sexe masculin, 9 fois sexe féminin). Quant au côté, nous trouvons : 12 fois une localisation à droite, 19 fois à gauche.

Dans 24 observations, le traumatisme est mentionné. Le plus souvent l'ostéomyélite survient spontanément, parfois elle succède à une infection locale ou générale.

L'ostéomyélite de la rotule peut être totale (21 fois) ou partielle.

Dans 25 cas, il s'agit d'ostéomyélites aigues; dans 4 cas, d'ostéomyélites prolongées; dans 1 cas, d'ostéomyélite chronique d'emblée.

L'ostéomyélite de la rotule évolue habituellement en dehors de l'articulation : forme extra-articulaire; exceptionnellement et d'emblée vers l'articulation : forme intra-articulaire avec arthrite suppurée. Secondairement, le foyer ostéomyélitique peut communiquer avec l'articulation.

La forme aiguë extra-articulaire a la physionomie d'un phlegmon prérotulien, auquel s'ajoute le plus souvent une hydarthrose aseptique par réaction inflammatoire de voisinage.

L'ostéomyélite chronique fistulisée est conditionnée par une nécrose totale ou partielle de la rotule, ou un simple foyer d'ostéite fongueuse.

La forme aiguë intra-articulaire d'emblée simule l'arthrite suppurée du genou.

La radiographie de profil permettra seule de diagnostiquer l'origine de la suppuration articulaire.

Dans l'ostéomyélite à évolution extra-articulaire, le traitement consistera dans l'incision de l'abcès, le curettage du foyer osseux, l'extraction du ou

des séquestres, la patellectomie totale, si les lésions sont diffuses. La conservation du surtout fibro-périostique et de la couche profonde du cartilage permettront d'espérer la régénération de la rotule.

Dans l'ostéomyélite à évolution articulaire d'emblée, la patellectomie est indiquée. Un tableau statistique complet, au point de vue d'évolution et traitement, contient 50 observations rencontrées jusqu'ici dans la littérature.

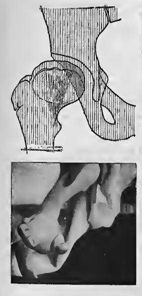


Fig. 41 et 42.



Fig. 43.

Ostéomyélite aiguë de la rotule à évolution intra-articulaire d'emblée. — *Paris médical*, 21 juill. 1923.

Décollement épiphysaire tibial supérieur d'un genou atteint d'ankylose osseuse, consécutivement à une tumeur blanche datant de onze ans. (En collaboration avec M. le Dr Lasserre.) (*Fig.* 38 et 40.)

Méniscectomie externe totale pour lésion complexe traumatique. — Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 7 déc. 1923.

Ostéomyélite atténuée de l'extrémité inférieure du tibia; intervention guérison. — Soc. de gynécol., d'obstétr. et de pédiatr. de Bordeaux, 24 nov. 1903.

Vaste angiome caverneux de la face interne de la jambe gauche et varices congénitales du système saphénien interne. — (Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 9 août 1909.

Pyosepticémie staphylococcique consécutive à une ostéomyélite bipolaire du tibia. — Soc. anat.-clin. de Bordeaux, 7 avril 1913.

Syphilis osseuse du tibia droit à forme hypertrophique. — Soc. anat.-clin. de Bordeaux, 29 janv. 1923.

Deux cas de fracture du col du fémur chez l'adolescent (coxa vara traumatique). — (En collaboration avec M. le Dr Charbonnel). — *Province médicale*, 14 oct. 1911. (*Fig.* 37.)

Anévrysme poplité supérieur développé au contact d'une exostose ostéogénique. — (En collaboration avec M. le Dr J. Villar.) — Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 6 juin 1924.

Ostéite bacillaire fistulisée du calcaneum. Evidement, greffe musculo-adipeuse pédiculisée. Guérison rapide. — Soc. de méd. et de chir., 16 juin 1922.

Plusieurs cas d'interventions sanglantes pour tuberculose du tarse postérieur. — (En collaboration avec M. le Dr Massé.) — Soc. anat.-clin., 24 avril 1922.

Sur un cas de spina ventosa du troisième orteil. Résection totale de la phalange. Guérison « per primam. » — (En collaboration avec M. le Dr Aubertin.) — Soc. anat.-clin., 26 juin 1922.

Hypertrophie congénitale de l'avant-pied droit (clinodactylie du premier orteil, syndactylie des deuxième et troisième orteils, bifidité du troisième orteil. — En collaboration avec M. le Dr Villar.) — Soc. anat.-clin., 9 déc. 1912. (*Fig.* 42.)

Désarticulation médiotarsienne chez un bébé de quatorze mois par hypertrophie congénitale de l'avant-pied droit. — Soc. anat-clin., 1er déc. 1913.

Résultat opératoire (dix ans) d'une astragalectomie pour tumeur blanche tibio-tarsienne fistulisée. — Soc. anat.-clin. de Bordeaux, 19 janv. 1914.

Résultat éloigné de l'astragalectomie pour tumeur blanche tibio-tarsienne. — (En collaboration avec M. le Dr Lasserre.) — Soc. anat.-clin., 10 janv. 1921.

Fibrome pur de l'aponévrose plantaire chez un enfant de quinze mois. — Soc. de pédiat. de Paris, 20 fév. 1923. — (En collaboration avec M. le Dr H. Bonnin.)

Hypertrophie éléphantiasique segmentaire de la jambe gauche, due à un angiome caverneux. — Soc. de méd. et de chirurgie de Bordeaux, 27 octobre 1922.

A propos de la pseudo-tumeur blanche dans l'hérédo-syphilis tardive. — (En collaboration avec M. Saucet.) — *Gaz. hebdom. des sciences méd. de Bordeaux*, 25 sept. 1904.

La syphilis héréditaire tardive détermine au niveau des articulations des arthropathies aiguës ou subaiguës (admises par Somma, Schuller, contestées par Kirmisson et Jacobson, Imbert, Hénoch, etc.), des arthropathies chroniques. Celles-ci comprennent l'hydarthrose double des genoux (Clutton), l'ostéo-arthrite simple ou pseudo-tumeur blanche, l'ostéo-arthropathie déformante (Méricamp, Moussous).

L'allongement hypertrophique du membre (4 centimètres), le genu valgum par développement exagéré du condyle interne sont les deux points un peu particuliers à relater dans le cas de pseudo-tumeur blanche que nous rapportons; l'on peut se demander, en effet, si l'hérédo-syphilis tardive ne peut être capable pour son propre compte d'engendrer, au même titre que ce qu'on désigne *rachitisme tardif* chez les adolescents, les lésions osseuses dia-épiphysaires du genu valgum ou du genu varum.

Enfin, si l'on compare l'état actuel de l'articulation avec ce qu'il fut jadis, on voit que l'ostéo-arthrite, autrefois à type très net de pseudo-tumeur blanche, évolue aujourd'hui vers le type déformant de Méricamp.

Œdème à type éléphantiasique du membre inférieur droit consécutif à une extirpation ganglionnaire large, avec ligature de la veine iliaque externe. Drainage lymphatique par la méthode de Walther. — (En collaboration avec M. le Dr Lasserre.) — *Journ. de méd. de Bordeaux*, 25 avril 1921.

A cette occasion, nous étudions le traitement moderne des œdèmes chroniques du membre inférieur, et exposons : 1° la méthode Simpson-Hendley ou lymphangioplastie; 2° la méthode de dérivation lymphatique profonde, transaponévrotique (Condoléon-Lanz); 3° la méthode de Walther (drainage lymphatique à tube perdu).

b) ORTHOPÉDIE.

Luxation congénitale de la hanche. Réopération après un premier insuccès. Réduction complète par la méthode de Lorenz. — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 16 nov. 1903.

Luxation congénitale de la hanche. — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 31 oct. 1904.

Luxation congénitale de la hanche droite; réduction par la méthode non sanglante; guérison. — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 27 fév. 1905.

Ces trois observations concernent des enfants chez qui nous avons obtenu la réduction anatomique parfaite de la luxation, comme le prouvent l'examen

clinique et la radiographie du bassin. La reconstitution de l'articulation est aussi parfaite que possible. Le résultat fonctionnel est excellent dans ces trois cas (1).

La pathologie de la hanche luxée de naissance. Étude de la luxation congénitale atteinte d'ostéo-arthrite tuberculeuse. — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 23 juill. 1906.

Tout comme la hanche normale, la hanche luxée de naissance a sa pathologie; en effet, le rachitisme, la paralysie infantile, les infections aiguë et chronique peuvent se greffer sur l'état de malformation articulaire.

I. — Le rachitisme et la luxation congénitale de la hanche peuvent se superposer : le cas de Lannelongue, rapporté dans un de ses cliniques (1895, *Bull. méd.*), en est un exemple typique : têtes fémorales luxées plus volumineuses que normalement, forte incurvation en avant et en dehors des diaphyses fémorale, démarche lente et défectueuse.

Le traitement du rachitisme prime celui de la malformation congénitale qui ne devra être mis en œuvre que lorsque les lésions rachitiques seront enrayées et qu'un meilleur développement osseux aura amené la correction partielle ou totale des courbures diaphysaires.

II. — Jaboulay a rapporté à la Société de chirurgie de Lyon (1902), un cas de luxation paralytique développée sur une luxation congénitale de la hanche.

III. — Krause, de Halle (*Berl. klin. Wochens.*, n° 21, 1889 p. 484) a rapporté deux cas de suppuration catarrhale aiguë, due au streptocoque, développée dans les hanches luxées de naissance.

En présence d'une hanche luxée qui aura suppuré jadis, dans le jeune âge, il sera intéressant de chercher si l'on se trouve en face, soit d'une luxation congénitale ayant été atteinte autrefois d'arthrite suppurée ou d'ostéomyélite du col du fémur, soit d'une ostémyélite de la hanche ayant déterminé une luxation pathologique (Albert, Nové-Josserand, Kokinos, Ducroquet et Besançon, Lord, etc.).

IV. — La tuberculose greffée sur la hanche luxée a été mentionnée par Hoffa, Lorenz, Piéqué et Mauclaire, Lannelongue, Nové-Josserand et Kirmisson, Broca, Derscheid-Delcourt (1901), Jouon (1904) en ont rapporté plusieurs cas. Coste (Lyon, 1899) lui a consacré sa thèse. Le nombre des cas mentionnés ou rapportés ne dépasse pas une vingtaine.

La rareté du développement de la coxalgie sur la luxation congénitale, affections pourtant toutes deux si fréquentes, reconnaît plusieurs causes : le défaut de pression directe entre les surfaces articulaires (Lannelongue) et surtout le ralentissement du développement osseux au niveau des épiphyses malformées (l'intensité du travail de formation osseuse déterminant, par la congestion osseuse qu'il occasionne, un *locus minoris resistentiæ*). On a invo-

(1) Tous les ans, à notre cours de vacances, nous réunissons nos cas de luxation opérés récemment et anciennement; plus de 300 enfants ont été ainsi examinés.

qué également l'absence de ligament rond porte-microbes, fréquente à partir de quatre ans.

Cette association morbide se rencontre surtout chez les filles.

L'anatomie pathologique de l'affection ne présente aucune particularité notable en dehors de la localisation spéciale des lésions.

Au point de vue clinique, les signes sont ceux de la coxalgie classique; mais il est intéressant de noter au début le changement du type de claudication et l'absence habituelle de l'attitude vicieuse en abduction et rotation externe.

Le *diagnostic* de coxalgie compliquant la luxation congénitale sera souvent difficile et devra être posé avec celui de coxalgie compliquée de luxation pathologique précoce.

Si cette dernière affection frappe un nourrisson, si les renseignements sur l'évolution des lésions manquent de netteté, le diagnostic sera en ce cas problème difficile à résoudre, attendu que l'enfant n'a pas encore commencé à marcher et qu'on ne sait pas s'il avait ou non la hanche luxée de naissance.

Le pronostic est sérieux : 1° au point de vue lésion coxalgique; 2° au point de vue valeur fonctionnelle ultérieure du membre.

Le traitement de la hanche luxée atteinte de coxalgie ne diffère pas du traitement ordinaire de cette affection. Cependant, certains auteurs se sont demandé si on ne pourrait pas tout d'abord réduire la luxation pour traiter les lésions coxalgiques ensuite.

La chose ne serait possible (Calot) que dans le cas de lésion bénigne; mais il importe de savoir que dans le cas contraire le traumatisme opératoire aggrave rapidement les lésions (Broca); le traitement de la coxalgie prime celui de la luxation.

En présence de lésions cicatrisées on pourra essayer de réduire; en cas d'échec ou si on le prévoit, on devra, étant donnée l'attitude vicieuse, pratiquer le redressement progressif du membre au moyen d'appareils plâtrés successifs ou si impossibilité, dans le cas d'ankylose serrée, l'ostéotomie oblique sous-trochantérienne.

La deuxième partie de ce travail est consacrée à l'étude d'un cas de luxation congénitale double de hanches compliquée de coxalgie à droite chez une fillette de six ans.

Deux cas de hanche à ressort. — Soc. de gynécol., d'obstétr. et de pédiatr. de Bordeaux, 23 oct. 1906. (*Voir* page 86 notre mémoire fondamental sur la hanche à ressort.).

a) **Coxa vara double traumatique (forme trochantérienne)**; *b*) **Coxa vara droite cervicale d'origine infectieuse (scarlatine)**; *c*) **Coxa vara congénitale droite.** — Congrès de Chirurgie, 1912.

Hanche à ressort péri-articulaire. — (En collaboration avec M. le Dr Radoïevitch.) — Soc. anat.-clin., 8 nov. 1920.

Coxa valga double paralytique. — (En collaboration avec M. le Dr Lasserre.) — Soc. anat. clin., 21 févr. 1921.

Ostéo-chondrite déformante de l'épiphyse fémorale supérieure (coxa plana chez un garçon de douze ans.) — Soc. anat.-clin. de Bordeaux, 27 nov. 1922. (*Fig.* 41.)

Résultat éloigné d'une luxation congénitale double de la hanche, chez une jeune fille de dix-huit ans. — Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 7 mars 1924.

Bifidite congénitale de l'extrémité inférieure du fémur droit avec absence congénitale totale du tibia. Absence congénitale du tibia gauche. — Soc. de péd. de Paris, 19 fév. 1924.

Luxation congénitale de la rotule. — Soc. de gynécol., d'obstétr. et de pédiatr. de Bordeaux, 10 janv. 1905.

Toute une série d'interventions d'importance variable ont été pratiquées contre cette malformation : résection capsulaire interne (Ménard, Brun, Bajardi), plissement capsulaire (Le Dentu, Hoffa), élargissement de la fossette intercondylienne (Polard, Lucas-Championnière), transplantation du ligament rotulien (Roux, Bérard), ostéotomie pour le genu valgum consécutif à la luxation, extirpation de la rotule (Fowler), arthrodèse (Nové-Josserand).

L'observation que nous rapportons dans ce travail concerne une fillette de sept ans, atteinte de luxation congénitale double des rotules, luxation en dehors complète mais intermittente, c'est-à-dire ne se produisant d'une face complète qu'à certains moments, à l'occasion d'un faux pas, d'une chute, les rotules étant (le membre au repos) en position de luxation incomplète, plus accentuée toutefois à gauche qu'à droite. On constatait un développement moindre du condyle externe de la trochlée et une moindre profondeur de la fossette intercondylienne, une torsion du fémur en dedans et du tibia en dehors, un relâchement des ligaments rotuliens et des aponévroses péri-articulaires, un état globuleux des rotules.

L'aspect du genou fléchi, la rotule étant complètement luxée, la gorge de la trochlée déshabitée, est des plus typiques. Cette malformation détermine des modifications dans la statistique, dans la marche, la course et surtout dans la montée d'un escalier.

Nous avons pratiqué successivement sur ces deux genoux des interventions diverses dont la technique peut se résumer ainsi :

A droite : 1° Après arthrotomie sur le bord interne de la rotule, creusement de la trochlée fémorale en n'entamant que le cartilage; fermeture de la synoviale.

2° Plissement de la capsule articulaire.

A gauche : 1° Transplantation du ligament rotulien en dedans sur la face interne du tibia.

2° Plissement de la capsule articulaire sans arthrotomie.

Trois mois et demi après la première intervention, on constate une très grande amélioration dans la marche, la course, la montée des escaliers. Le genu valgum gauche a disparu. La radiographie démontre la reposition anatomique des rotules.

De la comparaison des résultats obtenus d'un côté et de l'autre nous concluons à la supériorité de la technique employée du côté gauche et, particulièrement, à l'importance de la transplantation du ligament rotulien recommandée par Roux et Bérard.

Double genou à ressort congénital. — Congrès de Chirurgie français, 1911.

Cas caractérisé par la laxité congénitale des ligaments croisés permettant la subluxation du genou, subluxation du genou latérale externe, directe ou oblique, se produisant dans la flexion : bruit de craquement dû au pincement et au déclenchement du ménisque interne, cas à rapprocher de ceux publiés par Frœlich.

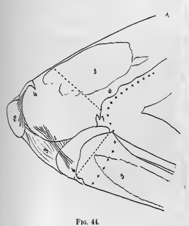


Fig. 44.



Fig. 45.

Ankylose osseuse complète tibio-fémoro-rotulienne (55 degrés de flexion). Résection trapézoïdale du genou. Guérison. — *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 26 juill. 1914. (*Fig.* 44 et 45.)

Lorsque l'ankylose est en positions vicieuse, le chirurgien a le choix, entre une intervention correctrice de l'attitude anormale du membre (ostéotomie ou résection), et une intervention visant au double but d'assurer une articulation mobile et solide : c'est la cure radicale de l'ankylose.

Putti a préconisé la transplantation libre aponévrotique, après résection et modelage des surfaces articulaires. J'ai eu l'occasion de pratiquer cette intervention quatre fois; mais, dans le cas particulier, il m'a paru plus logique de pratiquer une simple résection trapézoïdale, le membre raccourci de 7 centimètres est muni d'un soulier surélevé, et de cette façon, le résultat fonctionnel est aussi parfait que possible. Il s'agit en effet d'un cultivateur qui a besoin d'un membre solide.

Le signe du tiroir dans l'entorse des ligaments croisés du genou; sa valeur diagnostique. — Soc. de chir. de Paris, 2 avril 1919.

Depuis que Mouchet a bien voulu présenter mon travail basé sur quatre observations à la Société de Chirurgie de Paris, l'attention des chirurgiens semble s'être portée davantage sur les lésions des ligaments croisés. J'ai donc décrit le signe du tiroir, de manière que la manœuvre du genou en devienne classique. Mouchet conclut avec moi que le déplacement d'arrière en avant de l'extrémité supérieure du tibia — spontané ou provoqué — est l'indice d'une entorse des ligaments croisés, de l'antérieur ou des deux; ce déplacement est accompagné d'une torsion de dehors en dedans et souvent d'un ressaut dû soit au pincement du ménisque interne, soit à cette seule torsion des surfaces squelettiques.

Étude expérimentale sur la pathogénie du signe du tiroir (lésion des ligaments croisés). — Soc. anat.-clin., 11 avril 1921.

Ces expériences sont divisées en huit groupes et ont été conçues dans le but de se rendre compte de la mobilité anormale du genou, obtenue par la section isolée ou simultanée des ligaments croisés, associée ou non aux sections des deux ligaments latéraux.

Cette étude a été reprise dans la thèse de Guyot.

Genu valgum et cubitus valgus double et symétrique, chez un adolescent. — (En collaboration avec M. le Dr Lasserre.) — Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 11 janv. 1924.

Les radiographies montrent l'origine bulbaire de la difformité osseuse (allongement marqué du bord interne huméral et fémoral au-dessus du massif épiphysaire, dont la hauteur respective des condyles est normale). La coïncidence des deux difformités chez ce cultivateur de dix-neuf ans plaide en faveur de la pathogénie dystrophique, le trouble évolutif du cartilage de conjugaison pouvant relever de causes multiples (traumatisme, infection, trouble endocrinien, lésion par surcharge).

Fracture susmalléolaire chez un enfant de dix-huit mois; ostéotomies cunéiforme du tibia et linéaire du péroné, redressement complet. — Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 11 déc. 1903.

Dans la séance du 8 mai 1906 (Société de Pédiatrie de Bordeaux), nous avons saisi l'occasion pour rectifier notre erreur de diagnostic. Nous avions pensé, lors de notre communication, à une lésion traumatique, car l'accouchement avait été laborieux, la sage-femme avait tiré longuement et violemment sur le pied correspondant à la lésion, bien qu'il nous fût impossible de savoir au juste si la déformation avait été ou non causée d'une façon certaine par les manœuvres de l'accouchement. Depuis, notre opinion sur l'interprétation d'une telle lésion s'est modifiée. Cette déformation du pied en valgus talus très accentuée, cette coudure des os au tiers inférieur en forme de crosse de pistolet, sans la moindre apparence de cal, le raccourcissement de 4 centimètres pour la jambe seulement, coïncidant avec l'atrophie du pied et de la jambe sous-jacents au sillon profond qui étrangle la face externe du membre

au niveau de sa coudure, tous ces faits plaident en faveur de l'origine congénitale. Il s'agit d'un de ces cas de *courbure congénitale de la jambe* qu'autrefois on étiquetait à tort, pour la plupart : fracture intra-utérine ou obstréticale.

Absence congénitale du péroné gauche. — *Journal de Méd. de Bordeaux*, 28 juin 1914.



Fig. 46.





Fig. 47.

Absence congénitale du péroné gauche, associée à un pied bot valgus équin et une courbure antéro-postérieure du tibia. Le membre inférieur tout entier est atrophié, avec prédominance pour le segment jambier).

A cette occasion, nous discutons les différentes interventions orthopédiques et leur légitimité en pareil cas.

Absence congénitale du péroné. — (En collaboration avec M. le Dr Radoievitch.) — Soc. anat.-clin. de Bordeaux, 15 nov. 1920.

Absence congénitale du péroné. Pseudarthrose congénitale du col du fémur. — (Leçon clinique pendant la suppléance du professeur Denucé.) — *Journ. de méd. de Bordeaux*, 25 fév. 1923. (*Fig. 46 et 47.*)

Présentation de deux cas cliniques dont l'un plus complexe par la concomitance de plusieurs malformations congénitales sur le même membre. Le deuxième enfant fut amputé de la jambe au tiers moyen.

Myosite scléreuse ischémique du mollet. Insuffisance artérielle et troublee névritiques consécutifs à une striction par corde, pour piqûre de vipère. — Soc. anat.-clin., 10 déc. 1923.

Autopsie d'un fœtus hydrocéphale. Pied bot, mains botes. — (En collaboration avec M. M. Lafond.) — Soc. de gynécol., d'obstétr. et de pédiatr., 27 mars 1901.

Contribution à l'étude d'une forme spéciale de brachydactylie. — *Journ. de méd. de Bordeaux,* 13 déc. 1903.

Ces lésions de brachydactylie sont surtout caractérisées par une diminution

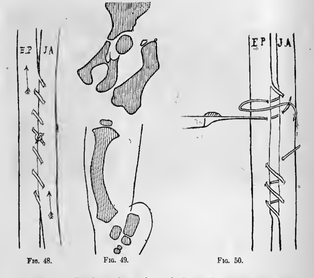


Fig. 48. Fig. 49. Fig. 50.

de longueur et d'épaisseur de certains os de l'avant-pied (métatarsiens et phalanges) due à une aplasie génératrice du cartilage conjugal et du périoste probablement liée à l'action des toxines bacillaires, survenue chez une fillette atteinte de mal de Pott lombaire.

Pied bot valgus paralytique. Anastomose du jambier antérieur et de l'extenseur propre du gros orteil. — (En collaboration avec le professeur Piéchaud.) — Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 12 fév. 1904.

Le cas présent concerne un enfant de dix ans qui fut opéré à l'âge de quatre ans pour une paralysie isolée du jambier antérieur. Le procédé employé fut celui du Prof. Piéchaud : avivement, sur une longueur de 4 à 5

centimètres, des bords des tendons en rapport, double surjet à la soie sur les tendons, surjet au fin catgut des gaines synoviales, de manière à former un manchon séreux aux deux tendons suturés. La suppléance par l'extenseur propre est parfaite; le valgus a disparu : l'enfant marche sans gêne et court de même. La constatation d'un pareil résultat six ans après l'intervention est assez intéressante.

Tuberculose du scaphoïde tarsien : scaphoïdectomie; guérison. — *Gaz hebdom. des sciences méd. de Bordeaux*, 24 juill, 1904.

Un nouveau procédé de suture intertendineuse : suture autogène. — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 21 déc. 1908. (*Fig. 48 et 50*)

L'originalité de la technique personnelle que nous avons employée consiste dans la suture des bords tendineux avivés au moyen d'une languette tendineuse prise sur chaque bord : c'est une véritable soudure autogène.

Pied bot varus équin traumatique consécutif à une luxation du pied par rotation. Fracture du scaphoïde carpien. — *Journ. de méd. de Bordeaux*, 21 mai 1911.

Pied bot varus équin congénital; énorme déformation. Tarsectomie à la Lucas-Championnière. Guérison. — (En collaboration avec M. le Dr Radoievitch.) — Soc. anat.-clin., 24 oct. 1920.

Syndrome de Wolkmann pour myosite cicatricielle. Pied bot équin consécutif à appareil plâtré pour fracture du fémur. — (En collaboration avec M. le Dr Radoievitch.) — Soc. anat.-clin. de Bordeaux, 29 nov. 1920.

Les récidives dans le pied bot varus équin congénital. — Soc. anat.-clin., 13 juin 1921.

Triple arthrodèse pour pied battant paralytique. Résultat éloigné de huit ans. — Soc. de méd. et de chir., 2 déc. 1921

Résultat éloigné d'une ténotomie pour pied bot congénital. — (En collaboration avec M. le Dr Masse.) — Soc. anat.-clin., 5 déc. 1921.

Triple arthrodèse pour pied bot paralytique. Evidement d'un spina-ventosa d'un 5e métacarpien. — Soc. anat.-clin., 20 fév. 1922.

Pied bot varus équin congénital récidivé. Ténotomie et modelage du pied. Résultat parfait. — Soc. anat.-clin., 20 fév. 1922.

Évidement sous-cutané des os du tarse pour pied bot varus équin congénital récidivé. — Soc. anat.-clin. de Bordeaux, 28 janv. 1924.

Déformations très accentuées des membres inférieurs. — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 11 juill. 1904.

Dysplasie ostéogénique d'origine tuberculeuse. — Soc. de gynécol., d'obstétr. et de pédiatr. de Bordeaux, 28 juin 1909.

Les phénomènes réactionnels, au point de vue de la croissance osseuse, qui se manifestent à proximité d'un foyer ostéo-articulaire tuberculeux sont soit le plus habituellement des troubles hypotrophiques, soit quelquefois des troubles hypertrophiques (allongement du membre par irritation des cartilages de

conjugaison). Mais indépendamment de ceux-ci, il peut exister des lésions dystrophiques à distance qui relèvent de l'action des toxines tuberculeuses sur l'os en voie de développement. Deux observations servent de base à cette étude. La première concerne une fillette qui, porteur d'un mal de Pott depuis l'âge de deux ans, vit se produire au moment de la croissance un développement irrégulier de plusieurs orteils des deux côtés; nous avons étudié dans un précédent travail ces lésions de brachydactylie. Le second malade, atteint d'un mal de Pott à douze ans, fit plus tard du rhumatisme tuberculeux au niveau de plusieurs articulations. Le genou droit, frappé, se dévia progressivement en genu valgum. Or, non seulement la forme de l'épiphyse inférieure fémorale était modifiée, mais sa croissance avait été influencée par les toxines tuberculeuses, puisque le fémur droit était plus court de 3 centimètres et demi que le gauche et que l'épiphyse inférieure droite était, à la radiographie, nettement atrophiée par rapport à la gauche.

Les toxines agissent-elles directement sur les éléments d'accroissement de l'os : cartilage de conjugaison et couche ostéogène du périoste; la dystrophie dépend-elle d'une névrite des filets osseux et périostiques ? Nous ne tranchons pas la question. Mais, partant de ces considérations, il nous est facile de comprendre comment la tuberculose peut déterminer des malformations congénitales du squelette ou de tout autre système, les toxines tuberculeuses traversant le filtre placentaire et passant de la mère au fœtus.

Sur un cas de raccourcissement congénital du membre inférieur. — (En collaboration avec M. le Dr Aubertin.) — Soc. anat.-clin., 3 juill. 1922.

Hypertrophie congénitale du membre inférieur gauche. (En collaboration avec M. le Dr Dufour.) — Soc. anat.-clin., 16 avril 1923.

Hanche à ressort. — *Gazette des Hôpitaux*, 14 et 21 mars 1911.

Travail basé sur dix observations personnelles. Mes recherches anatomiques sur l'extrémité supérieure du fémur et la constitution du muscle grand fessier me permettent de dire que la hanche à ressort est due en général au ressaut de la bande fibro-tendineuse du bord antérieur du grand fessier se déplaçant alternativement en arrière et en avant d'un relief trochantérien ou paratrochantérien, et des attitudes et mouvements que j'étudie. Il faut différencier la hanche à ressort de la luxation volontaire de la hanche, de l'articulation à ressort ou cuisse à ressort (Folet).

Le traitement sera rarement chirurgical (fixation du tendon grand fessier, du tractus ilio-tibial par des techniques variées : Bayer-Hohmann, Brunn, Nélaton).

Arthrodèses du pied. — (Discussion du rapport d'Ombredanne.) — IIe Congrès français d'orthopédie, 1921.

A propos de trois observations de rétraction ischémique de Volkmann compliquées de troubles nerveux graves. — (Clinique faite pendant la suppléance du professeur Denucé.) — *Pédiatrie pratique*, 5 avril 1924.

Un des points mis en lumière est celui des rapports des altérations ner-

veuses avec la rétraction ischémique. Trois hypothèses peuvent être envisagées : 1° Les altérations nerveuses sont la cause même de l'affection; 2° elles sont dues aux mêmes causes que la rétraction musculaire et influent sur sa physionomie clinique; 3° elles sont la conséquence de la rétraction ischémique.

VII. — GENERALITES

Ostéomyélite traumatique et accident du travail. Considérations à propos d'une ostéomyélite bipolaire du radius. — *Pédiatrie pratique*, 5 juill. 1921.

Considérations cliniques et médico-légales. Rapports de l'infection et du traumatisme basés sur l'expérimentation.

Je conclus : Lorsque les conditions de développement d'une ostéomyélite permettent de penser que le traumatisme peut être invoqué comme agent provocateur et localisateur de cette infection, l'indemnité pour incapacité fonctionnelle paraît être due tout entière à l'accidenté.

Excision musculaire large dans les plaies des parties molles. — (Réunion médico-chirurgicale de la Ve Armée, 29 avril 1916.)

A propos des indications des interventions chirurgicales en matière de tuberculose osseuse et articulaire chez l'enfant. — Soc. anat.-clin. de Bordeaux, 20 fév. 1922.

Exostoses ostéogéniques multiples (maladie familiale héréditaire). — Soc. anat.-clin., 23 mars 1924. (*Fig.* 51.)

Exostoses ostéogéniques multiples. — (En collaboration avec M. le Dr J. Villar.) — Soc. méd. et chir., 6 juin 1924.

Mutilations congénitales multiples par brides amniotiques portant sur les quatre membres. — (En collaboration avec MM. les Drs Lasserre et Lataste.) — Soc. de méd. et de chir., 20 avril 1923.

Myopathie pseudo-hypertrophique. Présentation de malade. — (En collaboration avec M. le Dr Dufour.) — Soc. anat.-clin., 29 janv. 1923.

Sur un cas d'ostéopasthyrose avec sclérotites bleutées. — (En collaboration avec MM. les Drs Lasserre et Masfrand.) — Soc. anat.-clin., 14 mars 1921.

Exostoses ostéogéniques multiples familiales. — (En collaboration avec M. le Dr Massé.) — Soc. anat.-clin., 6 fév. 1922.

La thermothérapie localisée (bains d'air chaud) dans les affections des membres, particulièrement en chirurgie. — Congrès de Physiothérapie de Paris, 29 mars 1910.

Ayant appliqué cette méthode sur plus de 200 malades, soit à l'hôpital Saint-André, soit à notre clinique privée, nous avons apporté au Congrès les résultats thérapeutiques que nous avions obtenus depuis deux ans et demi [1].

1. Nous avons présenté au Congrès l'appareil thermothérapique de notre invention qui fonctionnait au service de massage de l'hôpital Saint-André de Bordeaux, depuis deux ans.

L'air chaud abrège et facilite la convalescence de tous les traumatismes articulaires ou para-articulaires; il permet d'obtenir un rendement fonctionnel meilleur et présente de ce fait un gros intérêt au point de vue des accidents du travail, les résultats de la méthode restant toutefois liés au mode de consolidation obtenue.

L'air chaud est un analgésique puissant; il active la résorption des ecchymoses, des hématomes, des œdèmes quelquefois si rebelles, même après consolidation complète de la fracture; il produit une véritable fonte des exsudats péri et intra-articulaires; il faciliterait même la réparation des tissus, l'organisation du cal, en améliorant et en stimulant leur nutrition.

Nous avons appliqué la thermothérapie dans 8 cas d'entorses, dans le traitement de convalescence de 53 fractures et de 8 luxations, dans 31 raideurs ou ankyloses post-traumatiques et post-opératoires, dans 7 hydarthroses traumatiques, dans 2 hémarthroses, dans plusieurs cas de myosite traumatique, de téno-synovite cicatricielle après suture, de téno-synovite crépitante, suppurée, rhumatismale.

Nous avons obtenu de beaux succès thérapeutiques dans 7 cas de rhumatisme blennoragique.

Egalement bons ont été les résultats dans 2 cas de douleurs de croissance rebelles, dans 5 cas de névrite traumatique ou infectieuse, dans 2 cas de rupture de varices profondes, dans 1 cas de gangrène sèche de la main, dans une myalgie du mollet d'origine variqueuse, dans un épanchement traumatique de sérosité et dans 3 cas d'œdème chronique de la main après écrasement ou phlegmon.

La thermothérapie localisée (méthode de Bier) dans les douleurs de croissance rebelles). — Soc. d'obstétr., de gynécol. et de pédiatr., 28 janv. 1908.

Un nouvel appareil thermothérapique. (Dispositif permettant de chauffer les différents segments des membres et plusieurs malades à la fois.) — *Journ. de méd. de Bordeaux*, 30 juillet 1911.

A propos de quatre observations d'ostéosynthèse par le fixateur de Lambotte pour fracture diaphysaires. — Congrès français de Chirurgie, Paris, 1911.

De la nécessité du contrôle radioscopique dans les fractures articulaires et les décollements épiphysaires. — (En collaboration avec M. le Dr Lasserre.) — *Journ. de méd. de Bordeaux*, 25 fév. 1921.

Notre conduite en matière de fractures est la suivante :

1° Examiner nous-même, au moyen de la radioscopie, le foyer de fracture, sous ses différentes faces, de manière à avoir une idée parfaite des déplacements fragmentaires;

2° Deux radiographies en deux plans perpendiculaires généralement. Si possible, radiographie stéréoscopique dans les cas difficiles;

3° Réduction de la fracture sous le contrôle des rayons X, et en général sous anesthésie;

4° Immobilisation sous appareil plâtré ou bandage ouaté, suivis du contrôle radioscopique.

Cette technique est employée quotidiennement à l'hôpital des Enfants, dans notre service hospitalier. Si la réduction est impossible ou défectueuse — cons-

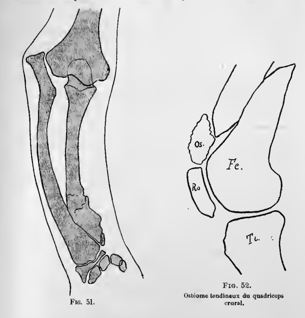


Fig. 51.

Fig. 52.
Ostéome tendineux du quadriceps crural.

tatation faite dans la salle de radioscopie opératoire — nous décidons l'intervention sanglante. De cette manière, nous obtenons, dans les fractures articulaires et notamment du coude, des résultats excellents que nous n'avions pas autrefois.

Subluxation de la clavicule chez un enfant. — (En collaboration avec le Dr Charrier.) — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 26 janv. 1903.

Paralysie infantile du membre supérieur gauche chez un enfant de deux mois avec réaction de dégénérescence. — (En collaboration avec le Dr Guyot.) — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 10 nov. 1902.

Paralysie infantile à type scapulo-huméral. — (En collaboration avec M. Rahère,). — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 7 déc. 1903.

Un cas complexe de syndactylie totale s'accompagnant de retard dane le développement du membre eupérieur. — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 30 juill. 1906.

Il s'agit d'une syndactylie totale s'accompagnant de fusion osseuse au niveau des extrémités phalangiennes d'ectrodactylie, de l'hypertrophie de certains segments osseux. Cette lésion s'accompagne d'un retard de développement qui, à deux ans et demi, se chiffre par 7 centimètres de raccourcissement.

Intervention pour syndactylie totale. Libération du pouce. — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 22 oct. 1906.

Un cas de polydactylie; pouce surnuméraire gauche avec son métacarpien. — (En collahoration avec le Dr Verdelet.) — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 19 mars 1900.

Considérations sur le tétanos de l'enfant; à propos de trois guérieons de tétanoe aigu généralisé dont un postsérique. — (En collaboration avec M. le Dr Molles.) — *Journ. de Méd. de Bordeaux,* 10 mars 1924.

Laissant de côté la question du tétanos du nouveau-né, nous étudions les particularités cliniques du tétanos chez l'enfant, ses conditions étiologiques, les traitements employés et les plus en faveur actuellement. Les guérisons obtenues sont sans contestation, en rapport avec la sérothérapie intensive employée dans ces trois cas.

La gravité des deux premiers cas ressort de la courte incubation et de la généralisation des contractures. La troisième observation concerne un cas de tétanos postsérique consécutif à des brûlures par courant de haute tension, ayant entraîné l'amputation des deux avant-bras.

La meilleure série de résultats dans les tétanos graves, semble se rapporter à la sérothérapie sous-cutanée associée à la sérothérapie intra-rachidienne. Un tableau synoptique de 40 observations termine ce travail.

Le traitement dee hrûlures étendues chez l'enfant. — (En collahoration avec M. le Dr Ch. Lasserre) — Soc. anat.-clin., 15 nov. 1920.

Traitement des hrûlures étendues à l'air libre et eans pansement. — (En collaboration avec M. le Dr Dufour.) — Soc. anat.-clin., 18 juin 1923.

Autant que possible dans les grandes brûlures des membres, du tronc et de l'abdomen, je conseille et j'applique un traitement basé sur la suppression du pansement direct. L'enfant est couché sur un drap stérilisé, un cerceau est recouvert de serviettes stérilisées. Ce traitement peut être appliqué conjointement au traitement héliothérapique ou au semis de greffes dermo-épidermiques (technique de M. le Prof. Dubreuilh).

Aneethésie chirurgicale à la novocaïne chez les enfante. — Soc. anat.-clin., 4 mai 1914.

L'anesthésie locale à la cocaïne chez l'enfant. — Congrès français de Chirurgie, 1920, p. 447.

L'anesthésie locale en chirurgie chez les enfants et les adolescents (solution à 1/300 de cocaïne dans le sérum de Hayem adrénaliné. — Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 28 janv. 1921.

Ce mémoire, accompagné d'un tableau statistique de 100 opérations, faites au cours d'une année, a pour but de démontrer : 1° que l'anesthésie locale peut être employée utilement chez les enfants; 2° que cette anesthésie faite à la cocaïne en solution à 1/300 est parfaitement supportée par les enfants de tout âge. Nous rapportons les avis des différents chirurgiens, sur cette question (Reclus, Ombrédanne, Billon, Farr, Lachapèle, etc.). J'indique la technique opératoire que j'emploie, et l'importance de certaines opérations ne nique opératoire que j'emploie; l'intérêt de la méthode ne peut passer inaperçu, vu l'importance de certaines opérations, telles que : l'urano-staphylorraphie, la cranioplastie, la cure radicale de hernie, la marsupialisation d'un kyste hydatique du foie, l'appendicectomie, l'évidement de l'aisselle pour adénopathie tuberculeuse.

Cette question a fait l'objet de la thèse de notre élève Rudeau (Bordeaux, 1920).

La rachianesthésie chez l'enfant et l'adolescent. — Congrès de Chirurgie français, 1921.

Cette étude est la synthèse de mon expérience et des résultats consignés au détail dans la thèse de mon élève Arrighi (Bordeaux, 1920). Je conclus que la rachianesthésie est possible et facile chez l'enfant (jamais je ne l'ai faite au-dessous de quatre ans).

L'anesthésie locale à la cocaïne et la rachianesthésie à la novocaïne chez l'enfant et l'adolescent. — *Arch. de méd. des enfants*, déc. 1922.

La rachi convient-elle ou non à l'enfant ? Ma statistique, basée à cette époque sur une série de 125 cas, répartie entre quatre et quinze ans, me permet de répondre par l'affirmative. Pour la chirurgie des membres inférieurs et du bas abdomen, elle présente des avantages que sait même apprécier l'enfant préparé moralement. Aucun accident opératoire ou postopératoire (sauf céphalées, raideur du rachis passagère).

Sur un cas de mal épileptique avec hémiplégie, survenu après une rachianesthésie. — (En collaboration avec M. le Dr Jean Villar.) — Soc. anat.-clin., 25 fév. 1924.

Traitement des adénites tuberculeuses multi-fistulisées et infectées, par l'instillation discontinue à la solution de Dakin. — (En collaboration avec M. le Dr Ch. Lasserre.) — Soc. anat.-clin., 24 janv. 1921.

Eclairage frontal et aspiration en chirurgie osseuse. — *Presse médicale* 27 déc. 1919.

De la nécessité du contrôle radioscopique opératoire et l'urgence de l'organisation des services radiographiques hospitaliers. — Soc. de méd. et de chir., 13 janv. 1922.

Gangrène disséminée de la peau à forme téréhrante. — Soc. de gynécol., d'obstétr. et de pédiatr. de Bordeaux, 9 juin 1903.

A propos de deux cas de botryomycose chez l'enfant. — Soc. de gynécol., d'obstétr. et de pédiatr., 10 juillet 1906.

La récente communication du Prof. Poncet (14 mars 1906) à la Société de Chirurgie de Paris, le rapport du Prof. H. Hartmann (28 mars 1906) devant cette même assemblée nous engagèrent, à l'occasion de deux observations personnelles, à étudier cette singulière affection, chez l'enfant, d'autant que Legroux, dans sa thèse (Paris 1904) écrivait que la botryomycose n'avait jamais été observée au-dessous de dix-sept ans.

Quelques observations depuis cette époque ont été publiées par Villemin (fillette de onze ans), par Broca (2 cas : fillettes), par Rabère (garçon, quatorze ans).

A ces quelques faits, nous ajoutons deux nouveaux cas concernant : l'un une fillette de treize ans, atteinte de botryomycose de l'extrémité de l'index gauche; l'autre un garçon de sept ans, présentant un botryomycome du volume d'un œuf de pigeon, siégeant dans la région pariéto-occipitale gauche.

Dans ce travail, nous rappelons que cette affection a été tout aussi bien notée au niveau des muqueuses (lèvres, langue, voûte palatine) qu'au niveau du revêtement cutané : la main et les doigts constituent les sièges d'élection. Elle peut apparaître soit spontanément (ou tout au moins en apparence), soit à la suite d'une plaie accidentelle ou chirurgicale, résultat de l'incision d'un abcès (troisième observation personnelle) ou d'un panaris (tantôt sur la plaie elle-même, tantôt sur sa cicatrice), soit à la suite de l'introduction d'un corps étranger.

On rencontre à la surface et dans le tissu de ces tumeurs le plus souvent le staphylocoque, quelquefois le streptocoque associé au staphylocoque et parfois du streptocoque exclusivement, comme dans un de nos cas dont nous devons l'examen à notre maître le Prof. Sabrazès.

Presque toujours on trouve ces microbes pathogènes associés à des bactéries diverses, originaires du cuir chevelu et de la peau.

La structure histologique de ces tumeurs leur a valu de Kuttner la désignation de granulome télangiectasique, acceptée par Hartmann et Lecène, et l'examen anatomo-pathologique (Prof. Sabrazès) que nous rapportons justifie pleinement cette dénomination.

L'extirpation en bloc au bistouri de la tumeur, de son pédicule et d'un petit territoire cutané qui entoure son insertion assure une guérison complète.

Un cas de botryomycose du cuir chevelu (région temporale gauche). — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 21 oct. 1907.

Considérations sur la tuberculose inflammatoire : mal de Pott lombaire, rhumatisme tuberculeux, genu valgum. — *Gaz. hebdom. des sciences méd. de Bordeaux*, 23 mai 1909.

Nous exposons la doctrine de la tuberculose inflammatoire du Prof. Poncet et de son école, nous montrons comment, dans *certains* cas, elle peut produire et expliquer les déformations ostéo-articulaires dites essentielles de la croissance; comment, notamment chez le malade dont nous relatons l'histoire, par un processus spécial d'ostéomalacie (congestion osseuse, médullisation,

décalcification), et sous l'influence simultanée de la surcharge du membre, s'est constitué peu à peu le genu valgum.

Anastomosee tendineusss pour lésions traumatiquss dee nerfs. — 2e Congrès franç. d'Orthopédie, 1920.

Discussion du rapport de Mauclaire : exposé d'une observation de scapulatum alatum traumatique, traité par pexie scapulo-thoracique par câbles d'acier aux VIIe et VIIIe côtes sous-jacentes.

Opérations ankylosantss dans le traitement du mal de Pott. — Discussion du rapport d'Estor, 4e Congrès franç. d'Orthopédie, 1922.

Le traitement modsrne de la scoliose. — 2e Congrès franç. d'Orthopédie, 1920. Discussion du rapport d'Estor.

Amputation congénitale incomplèts du brae gauche produits par ls cordon d'un fœtus frère dans un cas de grossesse quadruple. — (En collaboration avec le Dr Lafond.) — *Gaz. hebdom. des sciences méd. de Bordeaux*, 20 fév. 1910 (1).

Les amputations congénitales reconnaissent deux causes : l'une, fréquente, les brides amniotiques; l'autre, très rare, le cordon ombilical. Le rôle des premières ne peut être nié aujourd'hui; il a été saisi sur le vif; la constriction l'amputation d'un membre reconnaît comme causes la rétraction propre à la fausse membrane, l'accroissement en volume du membre qui, à mesure qu'il grossit, s'étrangle davantage sur la ligature. Si l'étranglement du membre est plus tardif, le squelette résistera à l'action de la bride, et la portion du membre sous-jacente, plus ou moins atrophiée et malformée, se sphacèlera; il ne restera plus au chirurgien qu'à compléter, après la naissance, l'amputation du membre en sectionnant l'os.

Les amputations congénitales des membres par le cordon sont très rares, mais reconnues par les auteurs. Nous rapportons les observations authentiques qui existent dans la science : toutes, jusqu'ici, concernent des fœtus de deux à quatre mois. En effet, le fœtus meurt par interruption de la circulation dans les vaisseaux ombilicaux du fait de la compression qu'il exerce sur le membre ligaturé.

Mais le cas qui fait la base de notre travail tire son intérêt (puisqu'il nous a paru unique) du mécanisme très particulier par lequel s'est faite l'amputation du membre. Un des produits de cette grossesse quadruple enroula son cordon autour du bras de son frère. Le volume du fœtus ligaturant, le développement du membre ligaturé indiquent que la striction a dû s'effectuer pendant la deuxième moitié de la grossesse. La gangrène du membre nécessita l'amputation le dixième jour.

Nous terminons ce travail par certaines considérations sur la grossesse quadruple.

(1) Nous avertissons le lecteur que certains articles se sont glissés par erreur dans ce chapitre de *généralités*, alors qu'ils devaient être insérés sous la rubripue « Rachis ou Membres ». Nous nous en excusons.

CHIRURGIE GENERALE

I. — TETE ET COU

Carcinome hémorragique développé sur un nævus vasculaire. — (En collaboration avec le Prof. W. Dubreuilh.) — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 30 avril 1900.

L'observation point de départ de ce travail concerne une femme de cinquante-deux ans, porteur d'un angiome de la région sous-orbitaire droite empiétant sur la paupière inferieure, datant de la naissance; à quarante-huit ans, transformation maligne; à cinquante-deux ans, tumeur bourgeonnante, très vasculaire, noirâtre, grosseur d'une noisette; ganglions indemnes.

Extirpation et blépharoplastie (Demons); deux récidives consécutives et rapides; deux extirpations nouvelles.

Les nævi qui dégénèrent en tumeurs malignes sont généralement des nævi charnus plus ou moins pigmentés et la tumeur à laquelle ils donnent naissance est une tumeur franchement mélanique, sinon dans la tumeur primitive, du moins dans les métastases et les récidives. Dans le cas présent, le nævus primitif était purement angiomateux et la tumeur maligne qui en est résultée était angiomateuse elle-même et hémorragique. L'aspect macroscopique de cette tumeur brunâtre, pseudo-mélanique, s'explique par l'infiltration diffuse et extrêmement abondante de sang dans la tumeur.

Au point de vue microscopique, la tumeur est essentiellement formée par des cellules polymorphes à gros noyau ovalaire, à protoplasma finement granuleux. Ces cellules ne contiennent pas trace de pigment... Les vaisseaux sont larges et nombreux... Dans la plus grande partie de la tumeur, les cellules néoplasiques sont dissociées par une abondante infiltration de sang, de telle sorte que le sang occupe sur la coupe un espace à peu près égal à celui du néoplasme lui-même.

Epithélioma de la cloison du nez. — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 7 mai 1900.

Fracture du maxillaire supérieur gauche intéressant le sinus maxillaire; anesthésie dans le domaine du nerf sous-orbitaire. — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 5 novembre 1900.

Extraction tardive d'un éclat d'obus au sein d'un abcès cérébral (région pariétale supérieure droite). — Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 7 déc. 1923.

Extraction magnétique des projectiles intra-cérébraux. — *Bull. de l'Acad. de méd.*, 4 avril 1916.

Recherches expérimentales sur l'extraction des projectiles intracérébraux.

Extraction d'un corps étranger de la base du cerveau par l'électro-aimant. — Réunion médico-chirurgicale de la Ve Armée, 29 avril 1916.

Enfoncement du temporal par coup de pied de cheval et fracture transversale de la base (fracture longitudinale des deux rochers). — (En collaboration avec M. le Dr Daudin-Clavaud.) — *Journ. de méd. de Bordeaux*, mai 1916.

Volumineux hématome extradure-mérien exclusivement frontal sans symptômes neurologiques de localisation. — (En collaboration avec M. le Dr Logre.) — *Rev. de neurol.*, oct. 1916.

Cranioplastie par greffon tibial ostéo-périostique. Technique et résultats (23 observations). — Congr. franç. de Chirurgie, Paris 1918.

Ce travail donne l'exposé de la technique que j'ai toujours suivie; un tableau synoptique résume en terminant les 23 observations.

Extraction magnétique des projectiles intra-cérébraux ; 16 extractions dont 7 au moyen de l'électro-aimant. — Congr. franç. de Chir., 1919.

En matière de projectiles du cerveau, il résulte des seize observations mentionnées dans ce travail, que la tolérance cérébrale est souvent factice, et que plus ou moins tardivement, des complications peuvent apparaître, dont les plus fréquentes sont : l'abcès du cerveau et l'infection consécutive des méninges et des ventricules. Il y a donc tout intérêt, à moins que le projectile soit très petit ou situé profondément, à enlever tout projectile restant. L'intervention est d'autant plus facile que l'on agit à un moment plus proche de celui de la blessure, l'enkystement en tissu de sclérose créant un gros obstacle à l'extraction par la pince et a fortiori par l'électro-aimant. L'extraction au moyen de l'électro-aimant de grande puissance présente le maximum de garantie tant pour le blessé que pour le chirurgien, par sa simplicité, sa sûreté et le minimum de traumatisme du cerveau.

Sur 16 observations d'extraction, 7 extractions par électro-aimant, avec 7 succès, plaident en faveur de ce mode d'extraction.

Lorsque l'application de cette méthode est suivie d'insuccès, le chirurgien est toujours à temps d'extraire à la pince, sous le contrôle des rayons X, le projectile. Mais ici, les manœuvres sont traumatisantes pour le cerveau, difficiles à cause de la profondeur et de l'enkystement, longues, car le projectile fuit et dérape sous la prise.

J'expose le mode de sortie du projectile : vague cérébrale, cône de soulèvement, attraction de la balle suivant son grand diamètre, longitudinal, et

parallèlement à la direction des lignes de flux, minime orifice cérébral, etc. Ces opérations ont été faites en général sans anesthésie ou sous anesthésie locale à la cocaïne lorsqu'il y avait nécessité de trépanation, dans le cas de projectile situé loin de la brèche d'entrée. Dans trois cas, le projectile ensemencé est recouvert deux fois de pus, donne du staphylocoque en culture, bien qu'il n'y eût aucun signe d'encéphalite.

La statistique opératoire des seize observations donne les résultats suivants :

1° Deux extractions primitives d'emblée à la pince, sous le contrôle des rayons X : deux succès.

2° Cinq extractions primitives retardées : quatre succès au moyen de l'extraction magnétique; une mort après extraction du projectile à la pince, sous le contrôle radioscopique.

3° Neuf extractions tardives : trois extractions magnétiques : 3 succès; cinq extractions à la pince, à la curette ou à la sonde cannelée : deux guérisons, trois morts; 1 résultat négatif, du fait de non-extraction.

Extraction tardive des corps étrangers cérébraux. — Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 11 fév. 1921.

En présence de sujets porteurs de corps étrangers intracérébraux, présentant des troubles tels que : céphalée, vertiges, absences, crises d'épilepsie jacksonienne et généralisée, il y a le plus grand intérêt à opérer. L'indication opératoire est indiscutable pour les corps étrangers entretenant une suppuration par une fistule au fond de laquelle le stylet ou la radiographie révèle des débris projectilaires ou des esquilles. Elle est indiscutable également pour ceux qui se compliquent de symptômes d'abcès au cerveau. Les projectiles enkystés sont difficilement extirpables. On peut espérer de l'intervention un amoindrissement ou la disparition de la céphalée, des crises d'épilepsie, des absences ou des vertiges, une amélioration de l'état intellectuel et moral de ces blessés.

J'apporte trois nouvelles observations, qui s'ajoutent aux seize extractions mentionnées dans mon travail au Congrès de Chirurgie de 1919.

Réflexions à propos de trois nouveaux cas de cranioplasties; résultats éloignés postopératoires d'une série de 43 cranioplasties (Technique de Delagenière.) — Soc. de méd. et de chir., 1er juillet 1921.

Les 43 observations de cranioplastie que j'ai pratiquées jusqu'à ce jour peuvent se répartir de la façon suivante, au point de vue des régions atteintes :

Région frontale : 19; région fronto-pariétale : 6; région pariétale : 10; région temporo-pariétale : 2; région temporale : 2; région occipitale : 3; double perte de substance : 1. Les pertes de substance ont été obturées 21 fois par un seul greffon; 17 fois par deux greffons; 3 fois par trois greffons; 3 fois par quatre greffons; 1 fois par cinq greffons.

La cranioplastie a une triple valeur thérapeutique :

1° Esthétique;

2° Préventive contre tout danger de traumatisme ultérieur dans la région trépanée;

3° Curative (cephalée, vertiges, fatigabilité intellectuelle et physique, etc.), en rétablissant l'uniformite de pression intracranienne et en supprimant la déhiscence cranienne.

Lorsque l'épilepsie consécutive à la plaie cranio-cérebrale n'est pas en rapport avec un projectile intracranien, lorsque le cerveau ne présente aucun signe d'infection latente, le chirurgien est autorisé à faire la plastie osseuse. Mais, bien entendu, la cranioplastie ne peut modifier la cicatrice cérébrale, et ses conséquences cliniques directes.

Cranioplastie et épilepsie traumatique. — Congr. de Chir. français, 1921.

A cette date, j'ai pratiqué 43 craniographies dont 2 chez l'enfant, 41 pour blessés de guerre. Je n'ai jamais noté d'accidents cérébraux pouvant lui être imputés, ni aggravation d'épilepsie.

Une intervention pour pseudo-méningocèle traumatique pariéto-temporale chez un enfant n'amena qu'un résultat passager, au point de vue amélioration des crises.

Résultat éloigné d'une cranioplastie par greffon ostéo-périostique tibial. — Soc. de méd. et de chir., 25 nov. 1921.

Extraction tardive d'un éclat d'obus au sein d'un abcés cérébral (région pariétale supérieure droite). — Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 7 déc. 1923.

Cranioplastie et épilepsie. — Soc. de méd. et de Chir., 8 déc. 1922.

Goitre calcifié. — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 7 sept. 1908.

II. — THORAX ET RACHIS

Kyste dermoïde de la région mammaire. — *Rev. de gynécol., d'obstétr. et de pédiatr.*, 1901, p. 275.

La littérature médicale est pauvre en observations de pareils kystes. A côté de celle que nous avons recueillie dans le service de M. le Prof. Demons, nous citons celle d'Albers, de Velpeau, d'Hermann, de Reverdin et Mayor, de Gussenbaüer.

L'observation qui sert de base à ce travail concerne une femme de cinquante-trois ans.

Apparition, à l'âge de huit ans, dans la partie externe de la région pectorale, un peu au-dessus de la glande, d'une tumeur qui était adhérente à la face profonde de la peau; accroissement régulier. A quarante-trois ans, traumatisme; la tumeur évolue plus rapidement. A cinquante-trois ans, elle a le volume du poing et prend connexion avec la glande; extirpation de la tumeur.

Etant donnée l'origine péri-mammaire primitive de la tumeur nous la rattachons, au point de vue pathogénique, à la persistance d'un des germes

mammaires décrits par Schmidt et Kallius (1896), chez l'embryon humain, le long de la ligne lactée de Schultze.

« Si l'un de ces points évolue normalement et parallèlement au bourgeon qui donnera la mamelle normale, la *mamelle supplémentaire* se trouve constituée. Si, au contraire, ces débris épithéliaux restent inclus, sans subir aucun développement, à une époque ultérieure ils pourront proliférer et donner naissance au *kyste dermoïde.* »

Notre kyste dermoïde, développé au-dessus du sein normal, correspondrait, au point de vue ontogénique, à la troisième mamelle.

Un cas de gynécomastie primitive à bascule. — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 24 juin 1907.

1° Il s'agit, chez ce sujet, d'un cas de gynécomastie primitive ne s'accompagnant pas de lésion génitale, congénitale ou acquise.

2° Cette gynécomastie a atteint les deux côtes, mais nous l'avons dénommée à bascule pour bien caractériser l'atteinte *successive* des deux glandes mammaires après retour à l'état normal de la glande prise la première;

3° C'est presque toujours à la puberté que les mamelles commencent à s'hypertrophier; or ici, l'hypertrophie mammaire a débuté à vingt-cinq ans, à droite (au cours de fiançailles); à trente et un ans, à gauche. Les gynécomastes sont en général des sujets mal développés, chétifs, à système pileux peu développé, à voix eunuchoïde; ici, nous ne notons qu'un faible développement du système pileux.

Deux cas de gynécomastie. — Soc. anat.-clin. de Bordeaux, séance du 19 janvier 1920. — *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1920, p. 216.

A propos de la recherche des corps étrangers intra-pulmonaires et des douleurs qui les accompagnent; névralgie phrénique. — Congr. franç. de chir. de Paris, 1918.

Extraction de projectiles pulmonaires (2 observations) et médiastinal postérieur (1 observation). — *Journ. de méd. de Bordeaux*, 25 nov. 1919.

Luxation antérieure de la colonne vertébrale au niveau de la sixième vertèbre cervicale; écrasement de la moelle, hématomyélie. — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 9 août 1909.

Fracture de la colonne vertébrale. Spondylite dorsale traumatique. — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 8 nov. 1909.

Fracture de la 2e vertèbre lombaire et luxation centrale du fémur. — (En collaboration avec M. le Dr Lande.) — Soc. anat.-clin., 6 fév. 1922.

III. — ABDOMEN ET APPAREIL GENITO-URINAIRE

Corps étranger du péritoine. — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 9 janv. 1899.

Hernie ombilicale volumineuse. — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 8 mai 1899.

Corps étranger de l'œsophage. — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 2 avril 1900.

Tumeur épiploïque contenue dane un sac herniaire. — (En collaboration avec le Dr Verdelet.). — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 18 juin 1900.

Fibrome de l'ovaire; douleur ovarienne. — *Revue de gynécol., d'obstétr. et de pédiat.*, juin 1900, p. 316.

Volumineux lipome du cordon spermatique. — (En collaboration avec le Dr Fraikin.). — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 3 déc. 1900.

Déchirure traumatique du foie. Laparotomie; tamponnement; mort quarante-huit heures après l'accident. — (En collaboration avec le Dr Verdelet.) — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 18 mars 1901.

De quelquee erreurs dans le diagnostic dss herniee. — (En collaboration avec le Dr Verdelet.) — *Gaz. hebdom. des scienees méd. de Bordeaux*, mars-avril 1901.

Cancer massif de l'estomac; jéjunostomie. — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 24 sept. 1906.

Hernie étranglée du côlon transverss et de tout l'épiploon. Appendice géant. — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 24 sept. 1906.

Obetruction intestinale due à une coudure du côlon ilio-pelvien occaeionnée par l'étranglemsnt au niveau de l'anneau crural de deux voluminsuses franges épiploïques du côlon. — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 21 oct. 1907.

Sur un cas de pyonéphrose compliquée d'abcès paranéphrétique. — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 16 janvier 1899.

Méthode de Bier et tuberculose épididymaire. — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 15 juin 1908.

La staee veineuee (méthode de Bier) et la tuberculose testiculaire. — *Gaz. hebdom. des sciences méd. de Bordeaux*, 6 décembre 1908.

Fibrome cervical sue-vaginal à développement pelvien et annexite double hystérectomie abdominale subtotale; guérison. — (En collaboration avec M. Lacoste.) — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 9 août 1909.

Anévrysme artérioso-veineux aortico-cave produit par balle de fusil logée dane la veine rénale gauche. — Soc. de chir., 8 janv. 1919. (Rapport Tufier.)

Observation extrêmement rare et curieuse; la balle saisie dans le tourbillon de la poche anévrysmale a remonté le courant sanguin veineux pour s'engager, pointe première, dans la veine renale.

Un cae de rupture simultanée du rein et de la rate. — *Journ. de méd. de Bordeaux*, fév. 1918.

Extraction d'une balle située dans le pôle inférieur du rein gauche, après localieation, par le procédé Zimmermen. — (En collaboration avec M. le Dr Bosc.) — Réunion médico-chirurgicale de la Ve Armée, 7 août 1915.

Appendicite gangréneuee pslvisnne st groeseese. Colpotomie. Guérieon. — (En collaboration avec MM. les Dr Péry et Favreau.) — Soc. d'obstétr. et gynécol. de Bordeaux, 11 janv. 1921.

IV. — MEMBRE SUPÉRIEUR

Luxation acromio-claviculaire droite complète avec déchirure du chef claviculaire du deltoïde. — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 23 avril. 1900.

Fracture de l'omoplate par coup de pied de cheval et fracture ancienne de la clavicule non consolidée. — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 4 fév. 1901.

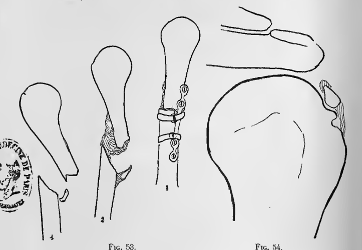


Fig. 53. Fig. 54.

Fractures du carpe (étude anatomo-pathologique). — *In* Thèse Mourgues, Bordeaux, 1920.

Au moment où nous fîmes écrire cette thèse par notre ami, le Dr Mourgues, il n'existait que quelques travaux sur cette question (Hœfliger, Ross et Wilbert). Des observations isolées commençaient à paraître sur ces lésions, mais on peut dire que ce sont les expertises nombreuses suscitées par la loi sur les accidents du travail qui ont fait naître du chaos confus des traumatismes du poignet cet intéressant chapitre des fractures du carpe.

Les rayons X sont venus depuis en démontrer la fréquence.

Sur un total de 60 cas qui sont colligés, 43 concernent le scaphoïde.

Ce travail comprend cinq observations, qui nous sont *personnelles*, de fracture isolée du scaphoïde droit et deux autres de fracture du scaphoïde s'accompagnant, l'une d'arrachement de la pointe de l'apophyse styloïde radiale et l'autre, de fissures de l'épiphyse inférieure du radius.

Fracture du scaphoïde. — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 5 mai 1902

Dissection d'une articulation radio-carpienne ayant subi une résection atypique. — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 5 mai 1902.

Arrachement de l'index et du médius et de leur tendon fléchisseur profond correspondant. — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 8 oct. 1906

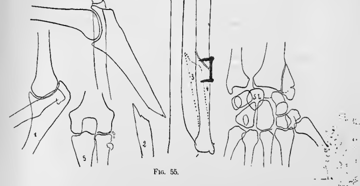


Fig. 55.

Fracture parcellaire de la grosse tubérosité de l'humérus droit. Importance de la radiographie dans l'appréciation des troubles fonctionnels au cours de la convalescence des traumatismes articulaires. — Soc. anat.-clin. de Bordeaux, 9 déc. 1912.

Cet article est pour nous l'occasion de rappeler le radiodiagnostic différentiel avec les calcifications des bourses synoviales sous-acromio-deltoïdiennes, étudiées par M. le Prof. Bergonié et Speder, dans le *Paris Médical* de janvier 1912. (*Fig.* 54.)

A propos d'un cas de fracture du poignet gauche. — Soc. anat.-clin. de Bordeaux, 7 avril 1913.

Fracture de l'olécrane gauche. Absence de consolidation. Hémicerclage. — *Journ. de méd. de Bordeaux*, 21 sept. 1913.

L'absence de toute consolidation est dite exceptionnelle, par Rieffel. Nous avons préféré le cerclage au vissage, et deux mois et demi après son intervention, la guérison anatomique et fonctionnelle était parfaite.

Désinsertion traumatique du tendon inférieur du biceps brachial. — *Gaz. hebdom. des sciences méd. de Bordeaux*, 1913, p. 67.

Pseudarthrose lâche du radius à l'union des tiers moyen et supérieur. Suture à distance par anse métallique et greffons ostéopériostiques. Guérison. — (En collaboration avec M. le Dr A. Lescalle.) — Soc. anat.-clin. de Bordeaux, 17 nov. 1919.

Fracture articulaire du sommet de l'olécrane. Hémicerclsge. Guérison. — Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 10 fév. 1922.

Peeudarthrose intradeltoïdienne. Ostéosynthèse par plsque de Lane et lames de Psrham. — (En collaboration avec M. le Dr Boisseau.) — Soc. de méd. et de chir., 28 avril 1922. (*Fig.* 53.)

1° Fracture du cubitus et luxation radio-cubitale supérieure en arrière à droite; 2° Fracture cunéenne externe du rsdius et luxation du semi-lunaire à gauche; réeultats fonctionnels parfaits. — Soc. de méd. et de chir., 3 nov. 1922. (*Fig.* 55.)

Rupture partielle du biceps brschisl (longue portion) de cause directe. — Soc. anat.-clin., 5 mars 1923.

Fracture du col radial avce énucléation et bascule à 90 degrés de la tête radiale. — (En collaboration avec M. le Dr Marix.) — Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 23 mai 1924.

Intervention au quarantième jour. Extirpation de la tête radiale. Restitution de la fonction au bout d'un mois.

V. — MEMBRE INFERIEUR

Amputation haute dans la gangrène par artérite chronique. — Thèse de Doctorat, 1902, Bordeaux, page 278.

Ce travail, inspiré par notre maître le Prof. Demons, contient 141 observations, dont 45 personnelles ou inédites en constituent la base.

Dès le début, nous posons le problème suivant : Doit-on opérer les gangrènes? Quand et comment faut-il les opérer ?

Après avoir dit ce qu'était le traitement de la gangrène avant la période antiseptique, nous montrons les hésitations des premiers interventionnistes, puis nous donnons les idées des différents chirurgiens qui ont écrit sur la question, aussi bien en France qu'à l'étranger, en y joignant les résultats obtenus.

Dans le chapitre second, nous rapportons nos *observations* en les classant d'après le territoire intéressé.

Indications opératoires.

Les indications opératoires se déduisent de l'examen de trois importants facteurs : 1° la douleur; 2° l'état du membre atteint de gangrène; 3° le retentissement sur l'état général.

1° Nous étudions le symptôme *douleur* aux différentes périodes de l'affection et dans toutes ses modalités, notamment la claudication intermittente.

Dans certains cas, ces malades, en proie à d'atroces souffrances, se tiennent, plus ou moins longtemps, *assis sur le bord du lit, la jambe pendante*, cette position pouvant seule les soulager; c'est là un signe sur lequel insiste le Prof. Demons.

Au point de vue pathogénique, la douleur relève de trois facteurs principaux : l'insuffisance d'irrigation artérielle, la névrite et, plus tard, l'infection surajoutée du membre.

L'amputation haute supprime radicalement la douleur; on ne s'étonnera donc pas que nous insistions, au point de vue *indication opératoire*, sur l'importance de cette *douleur, si intense et si rebelle*.

2° *L'étendue du sphacèle et son évolution plus ou moins rapide, la trophicité du membre au-dessus de la lésion, l'état des artères et le niveau de leur oblitération* seront autant de points à examiner, pour décider de la nécessité de l'intervention et de son siège.

En général, comme nous le faisons remarquer avec Cair, la gangrène évolue systématiquement, et l'étendue de ses lésions est en rapport avec l'importance du ou des territoires artériels frappés.

La gangrène peut frapper un ou plusieurs orteils; elle peut les frapper tous, et le sillon d'élimination est en tout semblable, comme forme et direction, au tracé opératoire que l'on pratique dans la désarticulation simultanée des orteils.

Partant des orteils, elle peut s'avancer peu à peu et gagner la face dorsale du pied, s'étendant jusqu'à l'articulation médiotarsienne ou à l'articulation des chevilles. Elle progresse soit par continuité, soit par plaques disséminées. Si le processus s'arrête là, il est intéressant de voir comment la gangrène épargne la plante des pieds plus vasculaire et sépare les parties sphacélées des parties vivantes en formant des lambeaux cutanés analogues à ceux que nous faisons dans les amputations diverses du pied.

La gangrène dépasse-t-elle ces limites, tout le pied est envahi et l'on peut voir certains sillons d'élimination suivre d'une façon assez exacte les lignes du Syme ou du Guyon.

Quand la gangrène frappe le pied et la jambe, elle subit au-dessous du genou un arrêt qui est dû à la richesse vasculaire de la région et à la présence du cercle vasculaire péri-articulaire du genou. Les gangrènes qui remontent plus haut sont rares et d'une excessive gravité.

Les voies collatérales sont dans les membres des voies de garage pour le torrent sanguin; les cercles vasculaires péri-articulaires sont des systèmes

de défense contre l'envahissement de la gangrène. On comprend donc leur importance dans la limitation du sphacèle.

Il résulte de nos dissections, des constatations anatomo-pathologiques relevées dans les observations de notre travail, de l'examen clinique et particulièrement de la recherche du pouls artériel sur le membre gangrené que l'étendue du sphacèle est proportionnelle à celle de l'oblitération artérielle.

Enfin, il importe de savoir qu'au-dessus de la zone de gangrène, il existe un territoire plus ou moins étendu du membre possédant une insuffisante trophicité et sur lequel une cause même minime (traumatisme accidentel ou opératoire, infection) suffira à détruire l'équilibre vital des tissus, instable à ce niveau, et de ce fait à faire progresser les lésions de gangrène.

Nous insistons particulièrement sur le rôle néfaste de l'infection transformant la gangrène jusqu'alors sèche et aseptique en gangrène humide et septique.

3° *Retentissement de la gangrène sur l'organisme.*

Dans le foyer frappé de mortification, tous les éléments, tous les tissus qui constituent la matière vivante subissent une série de transformations et de modifications qui peuvent aboutir à la formation de toxines hyperthermisantes (Gangolphe, Courmont, Montalti) ou hypotermisantes (Lépine).

Après la fièvre aseptique, la fièvre septique; celle-ci sera beaucoup plus grave. Les longues suppurations au niveau des membres, cette lente et continuelle résorption des toxines et des microbes qui fusent dans les interstices celluleux et dans les vaisseaux (lymphatiques et veines), retentissent fâcheusement sur les sujets en état de dénutrition et sur leurs principaux viscères déjà altérés (foie, rein).

Le retentissement de la gangrène sur l'état général est prouvé par l'indicanurie, l'albuminurie, qui disparaissent ou diminuent nettement après l'amputation.

A côté du délire infectieux, il faut mentionner dans la gangrène le délire relevant, soit de la douleur (accès paroxystiques), soit de l'intoxication par les produits nécrobiotiques de la gangrène (Arloing, Lépine), soit de troubles dans la circulation cérébrale de l'artério-sclérose.

TRAITEMENT DE LA GANGRÈNE.

Il est des gangrènes localisées, superficielles, siégeant le plus souvent aux orteils, sur le dos du pied, que l'on n'opérera pas. Le traitement par les antiseptiques les guérit. Il faudra surtout s'abstenir d'interventions économiques et basses[1], car souvent elles sont suivies de récidive de gangrène dans les lambeaux.

Lorsque le sphacèle a envahi un territoire plus étendu, la question doit

1. Nous ne comprenons pas par ce terme les régularisations de portions nécrosées et presque détachées, mais les amputations dans le vif.

être envisagée à deux points de vue : *la gangrène est aseptique ou plutôt non infectée; la gangrène est infectée.*

Dans le second cas, il convient, avant tout, de supprimer la source de l'infection et d'opposer un traitement radical à la gangrène, qui prend la forme humide et une marche envahissante. Des interventions tentées dans des cas particulièrement graves ont été suivies de guérison complète et rapide (Dobson); une des principales conditions de succès operatoire est de pratiquer une amputation très haute, loin du foyer septique.

La *gangrène est-elle aseptique*, l'amputation se présente à nous sous trois aspects : elle peut être faite *primitivement, secondairement* ou *tardivement.*

L'amputation *tardive*, opération économique par excellence, consiste dans la régularisation du travail d'élimination naturelle : elle se borne à détacher un membre ne tenant plus que par l'os ou quelques lambeaux de parties molles.

L'amputation *secondaire* se pratique lorsque la gangrène s'est limitée et que le sillon d'élimination l'a circonscrite. Elle se pratiquait autrefois dans le mort même, plus tard on la fit aux confins du mort et du vif, aujourd'hui on la pratique à distance du sillon.

Or, si la gangrène a frappé l'avant-pied, si le malade n'est point sous le coup de complications infectieuses et toxiques, ou soumis à des douleurs excessives, on devra attendre le sillon d'élimination avant que d'intervenir. car on ne sait pas si la gangrène restera ou non localisée à cette région. Si tout l'avant-pied s'est sphacélé, nous préconisons dans la plupart des cas l'amputation de jambe au lieu d'élection. Si la gangrène a dépassé l'avant-pied, a pris tout le pied, il faudra recourir à l'amputation de cuisse.

Quant à l'amputation *primitive*, c'est-à-dire celle que le chirurgien pratique au cours de l'évolution de la gangrène sans attendre la formation du sillon d'élimination, elle s'appliquera aux cas de gangrène ayant envahi rapidement ou d'emblée tout le pied et, à plus forte raison, ayant dépassé ce segment. Dans ce cas, l'amputation de cuisse sera l'opération de choix. Divers procédés opératoires ont été préconisés : amputation transcondylienne de Carden, amputation sus-condylienne osteoplastique de Gritti, amputation dans le tiers inférieur. M. le Prof. Demons recommande et a toujours pratiqué l'opération au tiers moyen.

Ces considérations thérapeutiques sont basées sur les relevés statistiques des 141 observations de notre thèse.

Les succès par les interventions basses et économiques ne sont pas douteux, ils existent; cependant, dans certains cas, ils ne sont pas durables. Les interventions basses, surtout celles qui sont pratiquées avant la formation d'un sillon d'élimination bien net, sont le plus souvent suivies d'une récidive du sphacèle; celui-ci est souvent d'un grave pronostic, a une marche rapide et nécessite une intervention plus élevée.

L'amputation haute, au contraire, assure aux lambeaux une vitalité et une nutrition suffisantes : elle est une garantie contre toute récidive prochaine ou éloignée de la gangrène dans le moignon.

En présence d'une gangrène, le chirurgien devra tenir compte, dans l'appréciation du siège de l'amputation, du niveau de l'oblitération artérielle, mais surtout de l'état de trophicité du membre au-dessus de la lésion, fonction du degré de suppléance par les voies collatérales : c'est ainsi que s'expliquent les bons résultats que l'on pourra obtenir avec des amputations basses.

Il est des gangrènes que nous dénommons *paradoxales*, en raison de leur peu d'étendue comparée à celle très vaste et très prononcée, des lésions athéromatheuses et des oblitérations artérielles.

Ne pas sentir la pulsation de la fémorale dans la région crurale ne constitue pas nécessairement une contre-indication opératoire.

L'anesthésie sera prudente et de courte durée, l'hémostase obtenue par simple compression digitale de la fémorale plutôt que par la bande d'Esmarch; le cathétérisme des artères préconisé par Severeanu ne présente aucun avantage.

L'œuvre du chirurgien sera complétée par le traitement médical pour essayer d'enrayer la marche des lésions artérielles et éviter la récidive du sphacèle dans le moignon ou sur l'autre membre.

Tout ce qui a été dit au sujet des indications opératoires, au sujet du moment et du siège de l'intervention, s'applique exactement au traitement de la gangrène du membre supérieur, beaucoup moins fréquente.

Gangrène des orteils; amputation transmétatarsienne; sphacèle des lambeaux; amputation de Chopart: guérison. — (En collaboration avec le Dr Fraikin). — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 15 avril 1901.

Arthrite déformante de la hanche et du genou. — *Gaz. hebdom. des sciences méd. de Bordeaux*, 29 avril 1901.

Fracture de la rotule; rupture du ligament rotulien; appareil plâtré approprié. — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 26 nov. 1900.

Fracture du tiers inférieur du tibia et du col du péroné; lésion du nerf sciatique poplité externe. — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 29 avril 1901.

Luxation complète de l'astragale gauche; astragalectomie. — (En collaboration avec le Prof. Piéchaud.) — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 17 mars 1902.

Deux cas d'hallux valgus. Radiographie; pathogénie du pied plat avec l'hallux valgus. — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 24 avril 1899.

Diastasis de l'articulation du genou gauche par rupture traumatique du ligament latéral interne. — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 25 mars 1901.

Un cas d'hallux recurvatum. — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 5 mai 1902.

Varices volumineuses du membre inférieur. — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 4 fév. 1901.

Résection de 41 centimètres de saphène interne pour ulcères variqueux de la jambe. Cicatrieation rapide de ceux-ci. — Soc d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 19 sept. 1904.

Ulcère variqueux malléolaire interne. Résection totale de la eaphéne interne et d'une partie de ses collatérales. — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 24 sept. 1906.

Deux interventions à la cocaïne (en injection lombaire). 1° ostéo-arthrite suppurée du pied; 2° déchirure de la vessie par fracture du hasein. — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 19 nov. 1900.

Pseudarthrose flottante du fèmur droit, tiers moyen. Traneplant libre du péroné 12 centimètres et greffone ostéopériostiques. Consolidation parfaite. — Soc. anat.-clin. de Bordeaux, 1er déc. 1919.

Corps ètrangers articulairee multiples du genou; synovite chondrifiante et ostéo-chondrite disséquante. — Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 26 janv. 1923.

Traitement de l'hydarthrose par la ponction et le hrassage à l'éther. — *Gaz. hebdom. des sciences méd. de Bordeaux*, 1920, p. 568.

Peeudarthrose lâche du tibia. Greffes ostéopériostiques. Guérison. Pseudarthrose de l'humérus gauche au-dessous du tiers eupérieur Ostéo-synthése de Lamhotts. Guérison. — Soc. anat.-clin. de Bordeaux, 19 nov. 1919.

Amputation inter-tibiocalcanéenne de Ricard, pour tumeur hlanche médiotarsienne.. — (En collaboration avec M. le Dr Mathey-Cornat.) — Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 16 mars 1923.

Résection des têtes des troisièmee métatarsiene, luxées par rhumatisme chronique déformant les deux pieds. — Soc. anat.-clin. de Bordeaux, 26 avril 1920.

Fracture des deux extrémités supérieures tibiales. — *Journ. de méd. de Bordeaux*, 17 déc. 1911.

Plaiee articulairee de la hanche. — *Revue d'orthopédie*, sept. 1920.

Travail basé sur 30 observations de blessés chez lesquels il a été pratiqué 4 résections primitives, 20 résections secondaires, dont 13 opérations personnelles, avec 2 décès relevant d'interventions trop tardivement faites.

Les types anatomiques sont rarement des lésions capsulo-synoviales pures, presque toujours des lésions ostéo-articulaires.

Suivant le point de frappe du projectile, et sa force vive, on aura soit une lésion articulaire, soit une lésion juxta et intra-articulaire, soit une lésion exclusivement juxta-articulaire.

J'étudie la conduite à tenir, suivant que la plaie évolue d'emblée aseptiquement, ou avec des phénomènes infectieux.

Toute la chirurgie des plaies infectées de la hanche pivote autour de la résection.

J'expose la conduite à tenir, suivant que la plaie évolue d'emblée aseptiquetrochantérienne, voie antérieure), les soins postopératoires et notamment la question si délicate de l'immobilisation après résection, et dans le cas de vaste plaie de la hanche (appareil plâtré à anse, attelles pelvi-crurales de Balcke, appareil à auto-suspension totale).

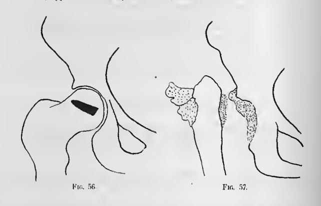


Fig. 56. Fig. 57.

Ce travail se termine par l'exposé des résultats opératoires, des résections de hanche obtenues par différents chirurgiens (Tuffier et Nove-Josserand, Bérard, Prat, Tanton et Alquier, Marchak, de Fourmestraux, Mauclair, Chaput) et par nous-même.

Un chapitre spécial est consacré au traitement tardif des plaies de la hanche : coxa vara traumatique, pseudarthrose du col du fémur, ankylose vicieuse et ankylose fistulisée, hanche ballante.

Ce travail a été le point de départ de la thèse de notre élève Cacavelli (Bordeaux, 1920).

Résection de la hanche au 36e jour pour plaie de guerre; résultat fonctionnel éloigné (trois ans). — Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 22 avril 1921. (*Fig.* 61.)

Subluxation totale et dorsale externe du métatarse. — Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 18 mars 1921.

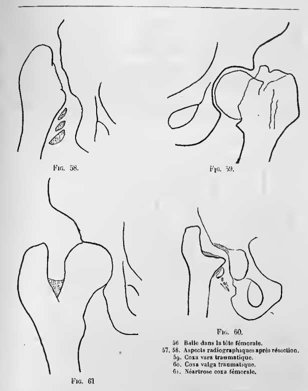


Fig. 58. Fig. 59.

Fig. 60.

56 Balle dans la tête fémorale.
57, 58. Aspects radiographiques après résection.
59. Coxa vara traumatique.
60. Coxa valga traumatique.
61. Néartrose coxa fémorale.

Fig. 61

Trois cas de subluxations méniscales internes de l'articulation du genou. — (En collaboration avec M. le Dr Charrier.) — *Gaz. des hôp.*, 11 fév. 1913.

A côté des lésions de déchirures et de fissures des ménisques, il existe des luxations et des subluxations. La subluxation, ou étranglement méniscal, se présente sous un aspect clinique qu'il est possible de différencier de la simple entorse et du corps étranger articulaire. Elle peut récidiver, être provoquée volontairement. Sa répétition entraîne un épaississement douloureux du ménisque : méniscite traumatique. Le blocage du genou nécessite de la

part du médecin ou du malade certaines manœuvres pour la réduction du ménisque pincé. Le traitement sera conservateur, à moins que l'état de subluxation récidivante ne crée une cause d'infirmité. En ce cas, on pourra discuter l'indication de la méniscopie ou de méniscectomie.

Fracture de jambe. Ostéo-synthèse par plaque de Lambotte et cerclage avec lames de Param. Résultats fonctionnel et anatomique parfaits — Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 1er juillet 1921. (*Fig.* 62.)

A propos d'un cas de fracture partielle (Tubercule interne) de l'épine tibiale. — *Rev. d'orthopédie*, sept. 1922. (*Fig.* 63.)

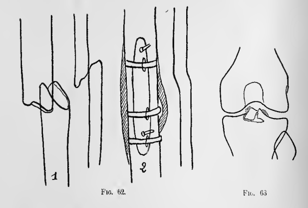


Fig. 62. Fig. 63

A propos d'un cas de luxation pelvienne transcotyloïdienne (luxation centrale de la tête fémorale). — *Arch. franco-belge de chirurgie.*

Les travaux récents de Frœlich (1918), Minor Peet, Rahmann, Delanoix semblent démontrer que cette lésion n'est grave que par ses complications (hématomes de la cavité abdominale par lésions vasculaires, plaie du rectum, de la vessie et de l'urètre.

Pseudarthroses traumatiques; leur traitement. — (En collaboration avec M. le Dr Charbonnel.) — 1er Congrès franç. d'Orthopédie, 1919.

Etude basée sur 76 interventions. 64 seulement ont été retenues (12 trop récentes ou perdues de vue). Nous apportons nos résultats : 1° pour les *pseudarthroses fermées* (Humérus, 21 cas; avant-bras, 10 cas; fémur, 7 cas;

jambe, 13 cas, clavicule, 2 cas). 2° pour les *pseudarthroses ostéomyélitiques*, 8 succès sur 11 cas.

Pour chacun de ces groupes, pour chaque os, pour chaque type de pseudarthrose, des conclusions techniques sont présentées.

Sur le traitement opératoire des ankyloses du genou. — 3e Congrès franç. d'Orthopédie, 1921.

Discussion du rapport de Tavernier et exposé de 2 cas traités l'un par la technique de Payr, l'autre de Putti.

Pathogénie et traitement des difformités du gros orteil. — 4e Congrès franç. d'Orthopédie, 1922.

Discussion du rapport de Mouchet : 10 cas d'hallux valgus traités par résection simple de la tête métatarsienne sous anesthésie locale.

Quelques réflexions sur les greffes osseuses dans la cure des pertes de substance cranienne et diaphysaire et dans le mal de Pott; présentation de deux pièces anatomo-pathologiques (cranioplastie et greffe fémorale). — Congrès français de Chirurgie, 1922.

Ces réflexions se rapportent à 56 cranioplasties par greffon tibial ostéopériostique (méthode de Delagenière), 17 greffes osseuses pour mal de Pott, 32 greffes ostéo-périostiques tibiales pour pseudarthrose ou pertes de substance diaphysaire suivant la technique de Delagenière (humérus, radius, cubitus, tibia); 10 greffes massives par greffon tibial, d'après la technique d'Albee (radius, humérus, tibia); 3 greffes homoplastiques (radius, tibia, humérus).

La pièce anatomo-pathologique de greffe fémorale se rapporte à une perte de substance de 12 centimètres comblée et réparée avec un raccourcissement de 5 centimètres par un greffon péronier inclus dans le canal médullaire des deux bouts diaphysaires et auxquels j'accolais des greffons ostéo-périostiques.

Le résultat d'une greffe ostéo-périostique tibiale autoplastique concerne une pseudartrose congénitale de jambe.

Sur 9 cas de périostéomes traumatiques. — *Journ. de méd. de Bordeaux*, **août 1917 (Rapport Mauclaire, Soc. de Chir. Paris, 1917.)**

A la suite de lésions tangentielles des os par balle ou éclat d'obus, contusions, abrasions, sillons, éclatement de saillies apophysaires, peuvent se développer des déformations osseuses plus ou moins volumineuses : sous l'influence du traumatisme seul ou du traumatisme suivi d'infection, le périoste, irrité, fabrique de l'os nouveau dans la zone contuse : ce sont des périostéomes traumatiques. Cette fertilité posttraumatique n'a pas lieu de nous surprendre, étant donné l'âge des blessés. J'apporte dans ce travail neuf observations, dont j'indique ci-dessous le point d'origine :

1° Région deltoïdienne (point de départ acromial)	1
2° Humérus (diaphyse tiers moyen)	1
3° Col du radius	1
4° Crête iliaque (épine iliaque A. S.)	1
5° Grand trochanter (face externe et bord postérieur) ..	3
6° Petit trochanter	2

J'étudie, dans ce travail, la constitution de ces périostéomes soit évoluant en milieu aseptique, soit infectés. Je décris leur forme, leur aspect radiographique, leur retentissement au point de vue de la fonction sur les articulations voisines.

Je rapproche de cette étude deux cas d'ostéomes intranerveux, probablement dus à l'ensemencement à distance dans le nerf (nerf sciatique) de parcelles périostiques provenant de la lésion adjacente de l'os. La résection de tous ces périostéomes doit être extracapsulaire et large; dans aucun cas je n'ai observé de récidive.

Traitement des ostéomyélites chroniques de guerre. — *Arch. de méd. et de pharm. militaires*, 1917.

Cette étude est le résultat de mon expérience de guerre (Bordeaux, Epernay, Melun, Orléans : 300 opérations), car vers les centres de chirurgie osseuse que je dirigeai, étaient aiguillées la plupart de ces ostéomyélites chroniques fistuleuses, déjà opérées plusieurs fois. Je décris donc avec soin ce que doit être *l'évidement ostéomyélique* et j'envisage ensuite le traitement des cals vicieux ostéomyélitiques, des pseudarthroses ostéomyéliques, des périostéomes fistuleux, des ostéomyélites chroniques, compliquées de lésions nerveuses, des cavités ostéomyélitiques à la période d'asepsie de la plaie d'évidement ou à la période de cicatrisation.

Après avoir indiqué les complications post-opératoires (reviviscence de l'infection, inflexion du cal et fracture, cal douloureux), j'insiste sur la technique des pansements. En terminant, j'indique la valeur du traitement hydrominéral.

Quatre cas d'ostéomes (ostéomes musculaires du brachial antérieur du muscle iliaque ; ostéomes tendineux du quadriceps crural; ostéomes cicatriciels de la jambe). — *Journ. de méd. de Bordeaux*, 3 déc. 1911. (*Fig.* 52.)

La chirurgie orthopédique et les blessés de guerre. — *Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, oct.-nov. 1915.

Ce travail est un exposé de cas cliniques accompagné de considerations sur la technique opératoire employée.

1° Fractures vicieusement consolidées (radius, fémur, tibia) : ostéotomie, résection osseuse, redressement.

2° Synostose radio-cubitale traumatique : résection et interposition aponévrotique de fascia lata.

3° Pseudarthrose de l'humérus et du cubitus traitées par ostéosynthèse et grelle péronière.

4° Ankylose du coude, de la main et des doigts, traitée par résection avec ou sans interposition.

5° Myosite cicatricielle rétractile des muscles fléchisseurs des doigts et du triceps sural.

6° Périostéome traumatique : extirpation.

7° Libération et excision des cicatrices adhérentes et douloureuses.

8° Redressement orthopédique des pieds bots hystéro-traumatiques.

9° Redressement des cyphoses traumatiques et immobilisation des contusions rachidiennes.

L'anesthésie locale en chirurgie nerveuse. La transposition anté-épitrochléenne du nerf cubital. — Congrès français de Chirurgie, Paris, 1918.

La rachianesthésie en chirurgie de guerre. — *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 15 janv. 1919.

Travail résumant ma pratique de guerre. Discussion des avantages, même au cours des gros arrivages, de la rachi, grâce à une bonne organisation du service opératoire. Statistique de 250 rachianesthésies à la novocaïne.

Ostéome des aviateurs. — (En collaboration avec Vorle). — *Journal de méd. de Bordeaux*, juillet 1916.

Cet ostéome, constitué par du tissu spongieux, recouvert d'une mince corticale, revêtu d'une couche de cartilage hyalin, nous paraît en rapport au point de vue pathogénique, avec une lésion du ligament cervical postérieur, violemment distendu, dans une flexion du cou lors de la chute de l'aviateur.

Pendant la période de guerre, j'ai eu l'occasion de faire un certain nombre de communications (cas cliniques, résultats opératoires, travaux sur les questions de chirurgie de guerre), soit à la Réunion médicale de la Ve Armée, soit au Groupement médico-chirurgical de la Ve Région (Orléans).

Un certain nombre de ces travaux ont été publiés dans les revues et les journaux, pendant et après la guerre. D'autres ont été les points de départ de thèses sur la chirurgie osseuse et vasculaire.

Nous donnons le titre de celles qui ont été publiées exclusivement dans le *Bulletin du Groupement médico-chirurgical de la Ve Région.*

1916. — Des attitudes vicieuses du pied consécutives aux blessures de guerre du membre inférieur.

1917. — Côtes supplémentaires. — Neuf observations de plaies artérielles des membres. — Luxations récidivantes doubles de la mâchoire inférieure. — Deux observations de corps étranger intra-articulaire du genou, enlevés sous anesthésie cocaïnique. — Elongation nerveuse tronculaire combinée à la résection terminale des filets sensitifs, dans un cas de causalgie du médian et dans un cas de névrite douloureuse des pieds par gelure. — Surélévation congénitale des deux omoplates. — A propos d'un cas d'actynomycose parotidienne primitive. — Stérilisation par le formol, en chirurgie de guerre. — Deux fistules artério-veineuses fémorales et poplitées, traitées par la résection et la quadruple ligature. — Fistule broncho-cutanée, suite plaie pulmonaire et de large résection costale. — Un cas

de hanche à ressort articulaire. — Anévrysme de la carotide interne gauche. — Section du pneumo-gastrique gauche. — Paralysie de l'hypoglosse et du glosso-pharyngien gauche. — Hémiplégie droite : extirpation de l'anévrysme avec résection des carotides et de la jugulaire interne (opération à l'anesthésie cocaïnique à 1/300).

1918. — Présentation d'un cas de luxation habituelle unilatérale droite de la mâchoire inférieure. — Hanche à ressort extra-articulaire d'origine traumatique. — Lésion du muscle tenseur du fascia lata. — Troubles trophiques de la main (opération de Leriche. — Quatre nouveaux cas d'opération de Leriche. — Plaie atone d'origine syphilitique et médicamenteuse. — Synovite à grains riziformes des gaines et des fléchisseurs de la main. — L'opération de Leriche dans un cas de causalgie du médian avec troubles physiopathiques. — Anévrysme artério-veineux poplité, et résection et quadruple ligature. — Bursite bacillaire péritrochantérienne. Excision. Guérison. — Un cas de lymphangiome kystique des cuisses. — Le signe du tiroir dans l'entorse des ligaments croisés du genou. — Main bote palmaire par rétraction musculaire tendineuse ; allongement des tendons long supinateur, grand et petit palmaire, cubital antérieur. Résultat orthopédique excellent. — Présentation d'un thoraco-support. — L'hyperémie veineuse active, l'oblitération et la cicatrisation des cavités d'évidement ostéo-myélitique.

ANATOMIE

Rate bilobée. — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 31 juill. 1899.

Anomalies de l'appareil excréteur du rein. Duplicité incomplète de l'uretére gauche. Dilatation ampullaire de l'uretére droit. — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 4 déc. 1899.

Anomalie de l'artère méningée moyenne. — Soc. d'anat. et de physiol, de Bordeaux, 4 déc. 1899.

Quelquee coneidératione eur la persistance du trou de Botal chez l'enfant. Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 4 déc. 1899.

Muscle épitrochléo-cubital. — (En collaboration avec le Dr Désourteaux.) Soc. d'anat. et de phýsiol. de Bordeaux, 31 mai 1900.

Contribution à l'étude du palmaire cutané chez l'homme. — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 17 nov. 1900.

Note sur certains ganglions lymphatiquee du teeticule. — *Gaz. hebdom. des sciences médicales de Bordeaux*, 9 sept. 1901.

Muscle digastrique occipito-facial. — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 29 juin 1903.

Rates surnuméraires chez l'enfant. — Soc. d'anat. et de pbysiol. de Bordeaux, 28 septembre 1903.

Disposition anormale de l'insertion du méeentère. — Soc. d'anat. et de physol. de Bordeaux, 26 octobre 1903.

Etude anatomique d'un ectromélien double. — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 26 oct. 1903. *(Fig. 64.)*

L'absence congénitale complète des deux membres supérieurs avait apporté les modifications suivantes au point de vue anatomique dans la ceinture scapulaire :

1° Le développement d'une tubérosité : *tête scapulaire*, à la place de la cavité glénoïde; tête recouverte d'un mince fibro-cartilage et destinée à l'insertion, au niveau de sa périphérie, des muscles qui normalement s'insèrent sur la tête humérale, excepté le petit rond.

2° La formation d'un centre tendineux que je dénomme *tendon arqué* pour l'insertion des muscles scapulo-thoraciques qui normalement s'insèrent sur le tiers supérieur de la diaphyse, plus le petit rond.

3° La diminution de volume et l'atrophie des muscles dont le changement d'insertions a déterminé la diminution ou la suppression presque totale de leur fonction.

4° La formation de muscles surnuméraires (omo-coracoïdien, acromio-claviculaire); anomalies de forme (muscle grand dorsal digastrique) et d'insertions (grand dentelé, petit pectoral).

5° Des modifications vasculaires et nerveuses (épanouissement en bouquet des vaisseaux sous-claviers et du plexus brachial).

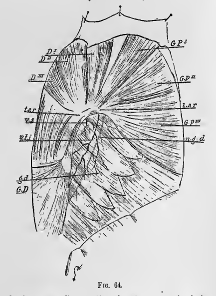


Fig. 64.

6° Le développement d'une scoliose dorsale à convexité droite, une légère atrophie des clavicules.

Étude et dissection anatomique de deux pieds bots varus. — *Bull. de la Soc. de pédiatr. de Bordeaux*, 26 janv. 1904.

Anomalie bilatérale du hicsps hrachial. Chef huméral du hiceps. — Soc. d'anat, et de physiol. de Bordeaux, 30 juillet 1906.

Remarques anatomiques sur le grand trochanter et le muscle grand fessier, à propos de la pathogénie de la hanche à ressort. — *Journal de médecine*, 24 octobre 1909.

La hanche à ressort est caractérisée par le ressaut d'une branche fibro-

tendineuse à la surface du grand trochanter. Nous nous sommes demandé, à l'occasion de la pathogénie de cette affection, par quoi était constituée cette bande fibro-tendineuse et sur quel obstacle elle butait pour vibrer et se déclencher. C'est au cours de nos nombreuses dissections que nous avons été amené à noter les particularités anatomiques contenues dans ce travail.

1° Au point de vue de la *direction du fémur*, nous montrons que, presque toujours, le fémur présente une double courbure en forme d'S très allongée, et que la petite courbure à concavité antérieure, répondant au quart supérieur de l'os, peut être très accentuée dans certains cas. Quant à la courbure inférieure, elle peut être soit très marquée (fémur arqué), soit très atténuée (fémur droit) : ceci indépendamment de toute tare pathologique.

2° Le *trochanter* présente par rapport à l'axe du fémur une inclinaison antéro-postérieure, fonction de la courbure supérieure du fémur, et une inclinaison transversale variable, mesurée par l'*angle trochantéro-fémoral* (que forment la face externe du fémur et celle du grand trochanter), d'où constitution au sommet de cet angle d'une crête saillante : *crête sous-trochantérienne*. Au point de convergence du bord antéro-externe du grand trochanter, de la crête sous-trochantérienne et de la crête du moyen fessier se trouve un tubercule constant que nous nommons *tubercule trochantérien*, plus ou moins prononcé, quelquefois très saillant : c'est le tubercule de la hanche à ressort. Une exostose de croissance située sur la face postéro-externe du grand trochanter, en un point voisin du tubercule trochantérien, peut jouer le même rôle. (Un cas observé chez un enfant.)

3° Quant à l'*insertion inférieure du grand fessier*, il ressort très nettement de nos dissections que les fibres tendineuses de la portion supérieure du muscle sur sa face interne subissent une torsion qui porte les fibres tendineuses inférieures au sommet du tendon, de telle sorte que la ligne d'insertion des fibres profondes a subi une plicature à sa partie moyenne formant un U renversé, à branches rapprochées à leur extrémité, entre lesquelles viennent se fixer les fibres tendineuses de la couche externe. Telle est la constitution du *tendon commun* qui émerge perpendiculairement à la face profonde du muscle pour s'insérer au fémur (*fig. 8*).

La portion supérieure du muscle grand fessier aboutit donc pour son propre compte jusqu'à l'insertion fémorale, au lieu de se perdre dans un dédoublement de l'aponévrose fascia lata, comme le prétend la généralité des anatomistes.

Le bord antérieur du tendon grand fessier, renforcé des fibres du fascia lata, saillant sur la face interne du plan musculaire, constitue la corde fibro-tendineuse qui se déclenche alternativement en avant et en arrière du tubercule trochantérien pour produire le phénomène de la hanche à ressort.

Point épiphysaire complémentaire trochantérien. — Soc. anat.-clin., 6 fév. 1922.

MEDECINE

Gommes tuberculeuses du foie. — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 27 fév. 1899.

Anesthésie oculaire dans le tabes. — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 1er mai 1899.

Notes sur les causes de l'abaissement rythmique du larynx et de la dépression inspiratoire des espaces intercostaux chez les dyspnéiques. — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 8 mai 1899.

Gommes syphilitiques de la moelle. — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 12 juin 1899.

Un cas de cirrhose hypertrophique graisseuse d'origine tuberculeuse. — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 3 juill. 1899.

Cancer primitif et tuberculose fibreuse du poumon. — (En collaboration avec le Dr Cabannes.) — *Gaz. hebdom. des sciences méd. de Bordeaux*, 8 oct. 1899.

Note pour servir à l'étude des analgésies tabétiques. Insensibilité des globes oculaires à la pression. — (En collaboration avec le professeur agrégé Abadie.) — *Revue de neurologie*, déc. 1899.

Les modifications de la sensibilité oculaire allant de l'hyperalgésie oculaire jusqu'à l'analgésie complète en passant par l'hypoalgésie plus ou moins marquée se rencontrent dans un peu plus de la moitié des cas de tabes observés. On constate surtout de l'hypoalgésie et de l'analgésie oculaire à la pression, l'hyperalgésie étant beaucoup plus rare. Nous rapprochons cette nouvelle analgésie des analgésies vésicales déjà connues dans le tabes par les travaux de Pitres, Rivière, Bitot et Sabrazès, Sicard.

L'analgésie oculaire ne paraît pas présenter des rapports directs avec les troubles de la sensibilité conjonctivo-cornéenne, ni avec la tension intra-oculaire. Il est plus rationnel de penser à une altération matérielle ou fonctionnelle des nerfs sensitifs de l'œil ou de leurs noyaux d'origine.

L'étude de la sensibilité oculaire à la pression et de ses modifications dans le tabes et dans la paralysie générale a été complétée dans les thèses de M. Lemerle (Bordeaux 1900) et de M. Devillard (Bordeaux 1900).

Artérite coronarienne; angine de poitrine; mort. — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 26 nov. 1900.

Anomalie congénitale du rire. — (En collaboration avec le Dr Debédat). — Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 29 janv. 1904.

Lymphadénome généralisé à marche rapide, ayant débuté probablement par l'amygdale pharyngienne. — *In Traité des tumeurs de l'oeil, de l'orbite et des annexes*, de F. Lagrange, t. II. — Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux, 1906.

Le point intéressant de notre observation est l'apparition du lymphadénome au niveau des gandes lacrymales : *yeux bouffis de grenouille, dus au gonflement des paupières qui sont également infiltrées par le tissu lymphadénique.*

Sur un cas d'alcaptonurie chez une enfant de trois ans. — (En collaboration avec M. Basset.) — *Gaz. hebdomad. des sciences méd. de Bordeaux*, 3 oct. 1909.

Séquells du type myorythmique chsz un enfant atteint d'encéphalomyélite chronique. — (En collaboration avec M. le Dr Cruchet.) — Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux, 15 avril 1921.

Sur un cas de calcification étendue de chaînes ganglionnaires. — En collaboration avec le Dr Speder.) — *Arch. d'électr. méd.*, 25 sept. 1911.

DIVERS

Cinématographie et enseignement médical. — (En collaboration avec M. le Dr Jeanneney.) — *Journ. de méd. de Bordeaux*, 25 janv. 1924.

Les indications différentielles des eaux chlorurées sodiques et des eaux sulfureusss dans le traitement des affections dites chirurgicales. — (Discussion des rapports des Drs Fourment et David, au Congrès de la Société d'Hydrologie et de Climatologie de Bordeaux et du Sud-Ouest, 1er mai 1924.)

XXVIIIe Congrès de Chirurgie (1919). Imprsssions et souvenirs. — *Journ. de méd. de Bordeaux*, 10 nov. 1919.

ÉDUCATION PHYSIQUE

La Maison communals d'Éducation physique. (En collaboration avec M. Fourcade-Prunet). — Congrès national d'Education physique, sept. 1923.

L'Éducation physique chez les enfants des écoles du quartier nord de Bordeaux et le Dispensairs des enfants malades des Chartrons. — (En collaboration avec Mme de Lestapis). — Congrès national d'Education physique de Bordeaux, sept. 1923.

TRAVAUX INSPIRES

THÈSES DE DOCTORAT (FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX)
INSPIRÉES PAR NOUS, FAITES SOUS NOTRE DIRECTION OU CONTENANT DES DOCUMENTS PERSONNELS (CLINIQUES, EXPÉRIMENTAUX OU OPÉRATOIRES).

1900...... **La sensibilité oculaire à la prsseion et ses modifications dsns le tabss.** — F. LEMERLE.

1901...... **Des kystes dermoïdes de la région mammaire.** — FAUQUET.

1902...... **Contribution à l'étude des fractures du carpe. Etude anstomo-pstbologique.** — C. MOURGUES.

1903...... **Contribution à l'étude de la tuberculoss génitale chsz l'snfant st son traitement.** — U. FULCONIS.

1903...... **Dee corps étrangers de ls veeeie chez l'enfsnt. Disgnostic. Extraction.** — L. DUVARD.

1904...... **Des tumeurs primitivss du muecle msssster.** — DUDON.

1905...... **Etude eur les abcès du foie d'origine appsndiculsirs.** — M. LAPOUBLE.

1905...... **Les kystes congénitaux de la région sternsle.** — POINGT.

1907...... **Appendicite pelvisnne infsntile.** — P. PERREAUX.

1905...... **Contribution à l'étude des kystes sslivsires de la parotide.** — P. POTTIER.

1906...... **L'oetéomyélite du pubis.** — LAPORTE.

1907...... **De ls vsleur de ls funiculopexie et de l'extsnsion élsstique dans ls trsitement ds l'ectopis testiculsire inguinale.** — ESPINASSE.

1908...... **Contribution pratique et clinique aux applicstions de ls thermothérapie locslieée.** — HEYMANN.

1908...... **Contribution à l'étude ds la frsctura du col du fémur chez l'enfant.** — NOBLE.

1910...... **La hanche à reseort.** — CLUZEAU.

1913...... **Orchidopexie crursle.** — CAZAUX.

1919-1920. **De la synécomsstie (Deux obeervatione psrsonnsllss)** — P. FOUCHET.

Crsnioplsstie par greffon tibisl ostéo-périostique. — AYGUESPARSE.

Traitement des peeudsrthroses disphyesires des membres par greffss ostéopériostiques. — TRAIN.

Plaies articulsires de la banche. — CACAVELLI.

Aspiration continue en chirurgie et en oto-rhino-laryngologie. — BELLECAVE.

Symptomatologie dsa anévrysmes artério-veineux (Creux poplité, jsmbe). — ALLÈGRE.

1920-1921. **Rschisnestbéeie à la novocsïne chez l'enfant.** — ARRIGHI.

Anesthésie locsle à ls cocsïne à 1/300 chez les enfants. — RUDEAU.

Ls signe du tiroir dans les lésione des ligamsnts croisés du genou. — GUYOT.

1921-1922. Les lipomes de la main. — Soule-Ruth.
Contribution à l'étude de l'arthrodèse dans les pieds bots paralytiques. — Bideau.
Contribution à l'étude du décollement traumatique de l'épiphyse supérieure du fémur. — Ichon.
Les épaules ballantes de guerre. Leur traitement — Labuzan.
Traitement des fractures diaphysaires du fémur chez le nourrisson. Appareillage spécial du Prof. agr. Rocher. — Laffite.
Rhumatisme chronique vertébral et données radiographiques — Lhoste.

1922-1923. Sur un cas d'ostéomyélite primitive de la rotule. — Fauchay.
Contribution à l'étude des lésions du médian dans les fractures supra-condyliennes de l'humérus chez l'enfant. — Imbert.
Contribution à l'étude des greffes cutanées dans la réparation des pertes de substance de la main et du poignet. A propos des greffes en pont. — Kéraudren.
Contribution à l'étude de l'ostéogénèse imparfaite. — Le Saint.
Contribution à l'étude des abcès de la base et de la racine de la langue. — Maronneaud.
Contribution à l'étude de la scoliose congénitale. — Noirit.
Contribution à l'étude de la pathogénie et du traitement de l'anus vulvaire. — Péricaud.
Valeur comparée des greffes osseuses segmentaires dans la cure des pseudarthroses diaphysaires. — Sauvaitre.
Contribution à l'étude de la périostite albumineuse. — Mititch.
Contribution à l'étude du traitement sanglant primitif dans les fractures du condyle externe de l'humérus chez l'enfant. — Radakovitch.
Contribution à l'étude des encéphalomes. — Savitch.
De l'aspiration dans l'appendicite perforante. — Wung.

1923-1924. De l'arthrodèse de l'épaule dans le traitement de l'épaule ballante paralytique. — Assali.
Les accidents de la rachianesthésie. — Fagonet.
Contribution à l'étude de l'ostéomyélite du maxillaire supérieur. — Leblanc.
Les luxations anciennes et irréductibles du coude chez l'enfant — Lesconnec.
Contribution à l'étude du sarcome de l'omoplate. — Mage.
Les gros angiomes caverneux du premier âge et leur traitement radiothérapique. — Masfrand.
Contribution à l'étude du tétanos de l'enfant et de son traitement. — Moles.
Quelques considérations médico-psychologiques et chirurgicales sur les corridas de toros. — Moulédous.
Contribution à l'étude des techniques modernes de l'uréno-staphyloplastie. — Rosenthel.
Essai sur le traitement de l'ostéomyélite de croissance par la vaccinothérapie. — Jivkovitch.

TABLE DES MATIERES

